



Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg

Probleemanalyses en -oplossingen vergeleken van Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en Moderne Sociotechniek

Dit rapport is onderdeel van het CORTEXS onderzoeksproject dat wordt mogelijk gemaakt door het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT-projectnummer 130020).

April 2016

Sam Pless, CeSO KU Leuven
Ezra Dessers, CeSO KU Leuven
Geert van Hootegem, CeSO KU Leuven



agentschap voor Innovatie
door Wetenschap en Technologie

Het multidisciplinaire onderzoeksproject CORTEXS richt zich op de duurzaamheid van de Vlaamse zorgsector in het licht van de groeiende chronische, langdurende zorgnoden en de er aan gekoppelde financiële gevolgen.

ONDERZOEKSPARTNERS

- KU Leuven - CeSO - Centrum voor Sociologisch Onderzoek (projectcoördinator)
- KU Leuven - CBMER - Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht
- KU Leuven - LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy
- TNO - Innovatiedomein Werk en Tewerkstelling
- UHasselt - Onderzoeksgroep Patiëntveiligheid en Gezondheidseconomie
- AMS - Antwerp Management School
- UGent - Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

WEBSITE

www.cortexs.be

LOOPTIJD

01/11/2013 - 30/10/2017

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inleiding	1
1 Geïntegreerde zorg voor patiënten met chronische en complexe aandoeningen	3
1.1 Over het topje en de ijsberg: de nood aan geïntegreerde zorg	3
1.2 Over wet en regenboog: wat is geïntegreerde zorg?	5
<i>De wetten van Leutz</i>	5
<i>De principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg</i>	7
2 Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg	10
2.1 Een conceptuele kijk op organisaties	10
<i>Arbeidsorganisatie</i>	10
<i>Arbeidsorganisatie en geïntegreerde zorg</i>	12
2.2 Organisatiemodellen	13
<i>Klinische Zorgpaden</i>	14
<i>Lean</i>	16
<i>Relationele Coördinatie</i>	18
<i>Moderne Sociotechniek</i>	19
2.3 Probleemanalyses en oplossingen vergeleken	21
<i>Probleemanalyse: maximale arbeidsdeling slaat kloven</i>	21
<i>Klinische Zorgpaden tekenen de lijn</i>	22
<i>Lean trekt de lijn strakker</i>	23
<i>Relationele Coördinatie verbetert (enkel?) de coördinatie</i>	23
<i>Moderne Sociotechniek toont dat de lijn niet op zichzelf gezien mag worden</i> ..	24
<i>Samengevat</i>	25
Discussie	26
Conclusie	28
Literatuur	29

Samenvatting

De zorgsector staat onder grote druk. Het toenemend belang van langdurige zorgnoden, gestegen patiëntverwachtingen op het vlak van zorgkwaliteit, en een snel evoluerende technologie zijn slechts enkele voorbeelden van de actuele uitdagingen waar de zorgsector mee geconfronteerd wordt. De sterke fragmentatie van de zorg wordt algemeen beschouwd als een belangrijke hinderpaal om die actuele uitdagingen aan te kunnen. We spreken van zorgfragmentatie wanneer in een zorgproces duidelijke scheidingslijnen aanwezig zijn tussen de betrokken zorgverleners van verschillende disciplines, en dit zelfs binnen eenzelfde organisatie.

Geïntegreerde zorg wordt vaak naar voren geschoven als een mogelijke oplossing voor zorgfragmentatie. Geïntegreerde zorg is een wereldwijde trend gericht op het beter coördineren en integreren van het zorgaanbod (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Maar die definitie is breed en kan vele ladingen dekken. In het eerste deel van dit rapport bespreken we wat geïntegreerde zorg concreet kan betekenen. Hiervoor doen we eerst een beroep op de vijf 'wetten voor geïntegreerde zorg' die Leutz (1999) uit de praktijk afleidde. Die wetten maken alvast duidelijk dat geïntegreerde zorg niet bestaat uit voorgegeven oplossingen. Elke concrete situatie moet op zich bekeken worden. Vervolgens introduceren we het regenboogmodel van geïntegreerde zorg (Valentijn et al., 2013). Het regenboogmodel toont de verschillende principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg. Met behulp van het regenboogmodel is het mogelijk om precies te benoemen welk type van geïntegreerde zorg in een bepaalde situatie van toepassing is. Maar zelfs dan kan dat specifiek type van geïntegreerde zorg op verschillende manieren ingevuld worden. In het tweede deel van dit rapport bespreken we één dimensie van geïntegreerde zorg, met name professionele integratie. Dat is de onderlinge afstemming van zorgverleners van verschillende disciplines binnen een organisatie. We bekijken hoe die professionele geïntegreerde zorg verschillende arbeidsorganisatorische invullingen kan krijgen.

Arbeidsorganisatie is de manier waarop taken verdeeld en toegewezen worden binnen een organisatie, en hoe vervolgens de coördinatie tussen die verdeelde taken geregeld wordt. Taken kunnen verdeeld worden volgens twee basisvormen, die we maximale en minimale arbeidsdeling noemen. De twee corresponderende basisvormen van coördinatie zijn centrale en decentrale coördinatie. Maximale arbeidsdeling betekent dat het zorgproces opgesplitst wordt in zoveel mogelijk afzonderlijke deeltaken, die vervolgens per discipline worden samengebracht. Elke discipline heeft dan zijn eigen afdeling in een organisatie, waarbinnen subspecialisaties worden samengebracht in subafdelingen. Elk team heeft een leidinggevende, elke afdeling een afdelingshoofd, en daarboven staat de directie. De leidinggevendenden, afdelingshoofden en directieleden staan met elkaar in contact om de werkzaamheden van teams en afdelingen op elkaar af te stemmen. De coördinatie verloopt dus hiërarchisch. Minimale arbeidsdeling betekent daarentegen dat er gestreefd wordt naar een minimale opsplitsing van het zorgproces, door alle benodigde taken te bundelen per dienst of cliëntengroep. Zo kan elke afdeling bijvoorbeeld focussen op een eigen af te leveren dienst, met mogelijk verschillende teams die elk een bepaalde cliëntengroep of -regio voor hun rekening nemen. Die afdelingen en teams kunnen zelfstandig werken, omdat de zorgverleners in hoge mate rechtstreeks met elkaar kunnen afstemmen. De coördinatie verloopt dus decentraal. In de praktijk zijn uiteraard ook tussenvormen van arbeidsdeling en coördinatie mogelijk. Bovendien kunnen zorgprocessen ook over verschillende gespecialiseerde organisaties opgesplitst worden, waardoor de arbeidsdeling nog versterkt wordt en de nood aan coördinatie navenant toeneemt. Niettemin handelt dit rapport enkel over de arbeidsorganisatie binnen individuele organisaties.

We vergelijken vervolgens vier organisatiemodellen die in Vlaanderen recent veel aandacht kregen: Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en de Moderne Sociotechniek. Elk van die modellen geeft een andere arbeidsorganisatorische invulling aan professionele geïntegreerde zorg. De probleemanalyses van de vier organisatiemodellen zijn gelijklopend: de zorg gaat gebukt onder een sterke arbeidsdeling. Het water tussen disciplines en specialisaties is diep en dat zorgt voor afstemmingsproblemen. Elk organisatie-model komt met een eigen oplossing, die telkens een andere arbeidsorganisatie inhoudt. Er zijn niettemin gemeenschappelijke kernelementen, maar ook duidelijke verschillen. Klinische Zorgpaden, Lean en de Moderne Sociotechniek benadrukken het belang van ingrepen in de eigenlijke arbeidsdeling, om zo van elk zorgproces een centrale as in de organisatie te maken. Relationele Coördinatie laat de arbeidsdeling grotendeels ongewijzigd, maar zet vooral in op een sterkere coördinatie via communicatieverbetering. Klinische Zorgpaden, Lean en Relationele Coördinatie wijzen op het belang van standaarden en routines binnen een organisatie, terwijl Lean en de Moderne Sociotechniek bijzondere aandacht geven aan de arbeidskwaliteit van de zorgverleners, en aan het belang van continue kwaliteitsverbetering. De Moderne Sociotechniek onderscheidt zich door een integrale benadering van de arbeidsorganisatie, terwijl de andere drie organisatiemodellen er een eerder partiële benadering op na houden. Een integrale benadering van de arbeidsorganisatie houdt in dat de achterliggende vormen en gevolgen van arbeidsdeling op elk niveau (organisatie, afdeling, team) in rekening worden gebracht.

Drie punten liggen afsluitend voor ter discussie. Ten eerste wijzen we erop dat de verschillende organisatiemodellen elkaar kunnen aanvullen, maar dat die aanvulling niet willekeurig kan gebeuren. De integrale benadering van de Moderne Sociotechniek waarschuwt net tegen het gebruiken van organisatiemodellen als 'recepten', waarbij ingrediënten van het ene recept zonder meer toegevoegd kunnen worden aan die van een ander recept. Ten tweede bespreken we het belang van communicatieverbetering voor organisatieverandering, zoals benadrukt door Relationele Coördinatie. Een organisatie-model schrijft voor hoe een organisatie er moet uitzien met betrekking tot een bepaald aspect. Organisatieverandering is het proces dat een organisatie doorloopt om een ander organisatie-model te implementeren. Om de arbeidsorganisatie succesvol te veranderen, is allereerst een gemeenschappelijke taal nodig die toelaat om samen een veranderproces en veranderaankomst te definiëren. Een gemeenschappelijke taal vinden, is niet vanzelfsprekend, zeker in een context van sterk doorgedreven arbeidsdeling. Tegelijk belet een dergelijke arbeidsdeling wellicht de structurele inbedding van interventies die zich enkel richten op communicatieverbetering. Ten derde wijzen we erop dat de focus van dit rapport weliswaar op de intra-organisatorische arbeidsorganisatie gericht is, maar dat daarnaast ook interorganisatiele arbeidsorganisatie aandacht verdient. Met name in het geval van comorbide chronische zorg beperkt het zorgproces zich meestal niet tot één zorgorganisatie. De verschillende organisatiemodellen hebben hun antwoord klaar, en hebben het dan over Transmurale Zorgpaden (Sermeus et al., 2009), Lean Supply Chains (Aronsson et al., 2011), Interorganisatiele Relationele Coördinatie (Hoffer Gittell, 2004), en de Moderne Sociotechniek op Netwerkniveau (Dessers et al., 2015). Ook de inter-organisatiele arbeidsorganisatie kan via de concepten arbeidsdeling en coördinatie begrepen worden.

Inleiding

Patiënten zijn het vaak beu, zeker die met een chronische aandoening. De doorverwijzingen, het wachten, het gebrek aan overzicht. Van het kastje naar de muur gestuurd worden. Patiënten zijn het beu en kloppen op tafel. Ze willen efficiëntere zorg, die ook effectiever is. Waar niet administratie centraal staat, maar zichzelf. Niet als verzameling van ziektebeelden, waarvan elk onderdeel apart onderzocht door de betreffende specialist, maar als persoon. Als volwaardige deelnemer aan het zorgproces, actieve partner en participant, in tegenstelling tot de vaak passieve rol die zij of hij nu vervult.

Zorgverleners zijn het soms ook beu. De overmatige werkdruk, het wachten, het gebrek aan overzicht. Met de rug tegen de muur staan. Zorgverleners zijn het beu en kloppen op tafel. Ze willen werkbaar werk en een betere personeelsbezetting. Waar niet administratie centraal staat, maar hun professionele autonomie. Niet als te controleren werkmier, maar als professional die vertrouwen verdient en krijgt. Als volwaardige deelnemer aan het zorgproces, ingebed in een multidisciplinair team van gelijken, in tegenstelling tot de vaak gefragmenteerde, hiërarchische gang van zaken.

Nu lijkt de zorg in het algemeen gefragmenteerd. Centraal staat de papiermachine, administratie genaamd, die vaak een onoverzichtelijk complexe verbinding vormt tussen patiënt, huisdokter, mantelzorgers, verpleegkundigen, specialisten, assisterend personeel, thuishulp en zovele anderen. Verschillende gespecialiseerde zorgverleners van verschillend gespecialiseerde zorgorganisaties hebben elk hun eigen gespecialiseerde taak binnen het zorgproces in handen. Die gespecialiseerde focus zorgt voor een hoge en vooral complexe nood aan afstemming. En ook: waar is de patiënt gebleven?

Zijn die mankementen eigen aan de zorg? Zijn de gevraagde verbeteringen droombeelden? Of behoren ze tot de wereld van het mogelijke?

Geïntegreerde zorg belooft een oplossing te zijn, maar er bestaat veel verwarring over de term. In het algemeen probeert geïntegreerde zorg zorgactiviteiten meer op elkaar af te stemmen. Zorgverleners leren elkaars taal spreken en krijgen meer wederzijds begrip, of gaan zelfs actief samenwerken. Hoe die integratie net moet gebeuren, is evenwel niet vanzelfsprekend. Het blijft een kwestie van organiseren, en hoe je iets het best organiseert, daar bestaan veel opvattingen over. In dit rapport vergelijken we vier organisatiemodellen, die relatief nieuw zijn in de zorg, en steeds breder ingang vinden: Klinische Zorgpaden, Lean, Relationale Coördinatie en Moderne Sociotechniek.

Zorgorganisaties experimenteren duchtig met die organisatiemodellen, of overwegen dat, zonder per se te weten welke organisatorische principes erachter verborgen zitten. De organisatie van zorg verloopt vaak niet evidence based. Welk organisatie model wel of niet werkt, in welke omstandigheden, en hoe dat net komt, is niet geweten. Het gewenste eindresultaat bereiken lukt dan ook niet altijd. Evidence based werken betekent net rekening houden met de factoren waarvan geweten is welk effect ze hebben. Een vergelijking van organisatiemodellen met betrekking tot hun achterliggende principes dringt zich dan ook op.

Eerst bekijken we in dit rapport het concept geïntegreerde zorg. Vervolgens bespreken we de vier organisatiemodellen. Welke probleemanalyse formuleren de verschillende modellen? Welke oplossing schuiven ze naar voren? Tot slot vergelijken we de organisatiemodellen. Vormen de verschillende probleemanalyses een beter totaalbeeld van de organisatorische

uitdaging die de zorg te wachten staat? Hoe verschillen de oplossingen van elkaar? Beantwoordt de oplossing van het ene organisatiemodel ook de probleemanalyse van het andere organisatiemodel? En welke overkoepelende lessen kunnen we trekken voor de organisatie van geïntegreerde zorg?

1 Geïntegreerde zorg voor patiënten met chronische en complexe aandoeningen

In dit deel proberen we meer inzicht te verschaffen in het concept geïntegreerde zorg. Eerst geven we aan waar de nood aan geïntegreerde zorg vandaan komt. Vervolgens verhelderen we het concept geïntegreerde zorg. We starten hierbij met uit de praktijk afgeleide 'wetten' die tonen wat geïntegreerde zorg wel en niet is. Die wetten helpen om het wat abstracte geïntegreerde zorg tastbaar te maken. Vervolgens geeft het zogenaamde regenboogmodel van geïntegreerde zorg een conceptuele kaart waarop verschillende types van geïntegreerde zorg een plaats vinden.

1.1 Over het topje en de ijsberg: de nood aan geïntegreerde zorg

Vooraleer naar de oplossing van een probleem te kijken, moeten de oorzaken van dat probleem in beeld gebracht worden: de uitdagingen waar het zorgsysteem mee te kampen heeft. Wetenschappers en organisaties voerden die analyse al uit. Gröne en Garcia-Barbero (2001) maakten voor de Wereldgezondheidsorganisatie de oefening met betrekking tot algemeen observeerbare tendensen in Europese landen. Sindsdien bevestigden en vulden anderen hun bevindingen aan voor België en Vlaanderen (voor een overzicht, zie: Sorbe, 2013).

Gröne en Garcia-Barbero onderscheiden verschillende uitdagingen die tot druk op het zorgsysteem leiden, zowel aan vraag- als aanbodzijde van het zorgsysteem (zie Figuur 1). De factoren aan vraagzijde zijn demografische veranderingen, epidemiologische transities, hogere patiëntverwachtingen en een stijgend beroep op patiëntenrechten. Aan de aanbodzijde zien we informatiesystemen, medische technologieën en telemedicatie, en economische druk. Volgens Gröne en Garcia-Barbero zijn dit de uitdagingen die tot hervorming van het zorgsysteem nopen.

Vraagzijde: (1) Demografische veranderingen, zoals het stijgend aandeel ouderen in de bevolking, leiden tot een grotere zorgnood. Over het algemeen hebben ouderen meer zorgvragen. Die zorgnood stijgt zelfs exponentieel na 75 jaar. Tegelijk plaatsen dalende vruchtbaarheidsgaden druk op het aanbod en de financiering van het zorgsysteem. Minder jongeren betekent minder arbeidskrachten én minder bijdragen aan de sociale zekerheid. (2) Epidemiologische transities zijn veranderingen in het soort ziektes dat de bevolking treft. Die transities hebben gevolgen voor de omvang en inhoud van de zorgvraag. De omvang van de zorgvraag is echter moeilijk te voorspellen. Een stijgende levensverwachting kan leiden tot het

Figuur 1. Uitdagingen voor zorgsystemen in het Westen



Overgenomen van Gröne & Garcia-Barbero (2001).

vaker optreden van ziektes. Een gezondere levensstijl, effectievere zorg en innovatief medisch en genetisch onderzoek zouden daarentegen tot een inperking van ziekte kunnen leiden. De toekomstige inhoud van de zorgvraag lijkt duidelijker. De multimorbiditeit, het gelijktijdig voorkomen van meerdere ziektebeelden in één persoon, zal stijgen met gevolgen voor die persoon op functioneel, psychologisch en sociaal vlak. Daarnaast neigt het ziektebeeld ook naar meer chroniciteit of langdurigheid. Voorbeelden van chronische ziekten zijn diabetes, long- en luchtwegenaandoeningen, cardiovasculaire ziekten, kanker, psychische ziekten en dementie. (3) Hogere verwachtingen van patiënten en hun families hebben te maken met de beschikbaarheid van informatie op het internet, een gestegen zelfvertrouwen en emancipatie. (4) Patiënten kennen hun rechten ook beter. Patiënten verenigen zich, wisselen ervaringen uit, vergelijken diensten en meten zich in het algemeen een kritischere houding aan. Zeker wanneer het over patiënten met een chronische aandoening gaat. Veel van hen spenderen heel wat tijd in verschillende zorgorganisaties en gaan zich vragen stellen bij het zorgaanbod.

Aanbodzijde: (1) Informatietechnologie moet het uitwisselen van informatie tussen zorgverleners makkelijker maken, bijvoorbeeld in de vorm van een geïntegreerd patiëntendossier. Het risico op miscommunicatie wordt verondersteld te verminderen, net als wachttijden en het overbodig uitvoeren van dubbele diagnosetesten. Die nieuwe mogelijkheden maken evenwel dat de huidige organisatie van zorg daaraan aangepast moet worden, wat moeite en geld kost, en zodoende voor druk zorgt. (2) Telemedicatie is de diagnostisering en behandeling van patiënten vanop afstand. Telemedicatie kan de toegankelijkheid van zorg revolutioneren, en maakt daarmee komaf met de *inverse care law* van Hart (1971). Die wet luidt dat de beschikbaarheid van goede medische zorg omgekeerd evenredig is met de zorgnood binnen populaties. Hart bedoelt dat sommige populaties overbediend worden ondanks een kleine zorgnood, terwijl andere onderbediend worden ondanks een grote zorgnood. De aanwezigheid van meer zorgaanbod leidt natuurlijk ook tot het verkleinen van zorgnood, terwijl de afwezigheid van aanbod zorgnood laat bestaan of zelfs verergert. Telemedicatie biedt nieuwe kansen voor integratie en voor toegankelijkheid van zorg, ook in minder bevolkingsdichte gebieden. Medische technologie beschikt over het potentieel behandelingen, hun indringendheid én lengte te beperken. Sensoren kunnen labowerk innoveren, allerlei toestellen kunnen patiënten thuis monitoren. De eigenlijke impact op diagnose en behandeling is natuurlijk moeilijk te voorspellen. Wat zeker is, is dat het niet enkel zal gaan om vervanging van bestaande technologie, maar veeleer zal leiden tot een accumulatie van nieuwe zorgvragen. De nieuwe mogelijkheden zullen vooral uitnodigen om meer te doen dan wat nu al kan. Opnieuw heeft de huidige organisatie van zorg zich aan te passen. (3) Tot slot hebben zorgsystemen in Europese landen te kampen met economische druk. Besparingstendensen doen mensen nadenken over hoe de zorg efficiënter te organiseren, maar leidt ook tot schrik voor te ver doorgedreven besparingen. Hoge werkdruk- en *burn-out*cijfers in de zorg presenteren nu al een grimmig beeld.

Binnen dit rapport bekijken we hoe de zorg vormgegeven kan worden binnen een organisatie, wat des te meer van belang is voor de zorg met betrekking tot chronische aandoeningen. Het managen van chronische zorg wordt door Salisbury (2012) omschreven als de belangrijkste taak die zorgsystemen in Europese landen te wachten staat. Chronische zorg is vaak complex, als optelsom van verschillende zorgvragen die beantwoord worden door verschillende zorgverleners, of zelfs organisaties, die hun eigen gespecialiseerde focus hebben op een of meer aspecten van een bepaalde conditie. De volledige zorgvraag doorkruist dan verschillende lijnen (met name: zelfzorg, informele zorg, algemene zorg, meer gespecialiseerde zorg) en domeinen (met name: medische, paramedische, verpleegkundige, psychologische en sociale zorg). Die gespecialiseerde focus levert een uitermate gefragmenteerd zorgproces op. Fragmentatie maakt het organiseren zelf van chronische en complexe zorg een grote strategische uitdaging: het verborgen, grootste deel van de ijsberg onder de zeespiegel.

Dit rapport is van bijzonder belang voor het leveren van chronische en complexe zorg, omwille van de grootte van de uitdagingen die zich stellen. Nu bekijken we eerst enkele op- en misvattingen over geïntegreerde zorg, die verhelderend werken en helpen om daarna de eventuele nood aan geïntegreerde zorg en het concept zelf beter te begrijpen.

1.2 Over wet en regenboog: wat is geïntegreerde zorg?

Er bestaan veel definities van wat geïntegreerde zorg is. In het algemeen wordt geïntegreerde zorg gezien als een wereldwijde trend gericht op het beter coördineren en integreren van het zorgaanbod (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Integratie heeft als doel de toegankelijkheid, kwaliteit, patiënttevredenheid en efficiëntie van zorg te verbeteren (Gröne & Garcia-Barbero, 2002). Toegankelijke zorg betekent dat de drempel om als patiënt aan zorg te participeren voldoende laag ligt voor mensen uit alle lagen van de bevolking. Zorgkwaliteit betreft het voldoen van de zorg aan bepaalde standaarden. Patiënttevredenheid is de subjectieve beoordeling van de patiënt van de mate waarin zorg voldoet aan de vraag die gesteld wordt. Efficiënte zorg is zorg die met zo min mogelijk middelen een kwalitatief resultaat behaalt.

Geïntegreerde zorg lijkt wel een wonderoplossing voor problemen in de zorg. Maar het “integreren van het zorgaanbod” blijft vaag en kan op vele verschillende manieren gebeuren. De reden voor die vaagheid is dat geïntegreerde zorg een heel breed begrip moet zijn. Terwijl in theorie alle mogelijkheden open liggen, zijn er in de praktijk veel factoren om rekening mee te houden. Geïntegreerde zorg is namelijk geen *one-size-fits-all* oplossing voor elk mogelijk probleem in de zorg. Het houdt geen standaardpakket aan maatregelen in dat zomaar geïmplementeerd kan worden. Elke situatie vraagt om een eigen, zorgvuldig uitgekende aanpak. Maar voor wie, waar, wanneer en hoe: dat zijn geen a priori uitgemaakte zaken. Geïntegreerde zorg is daarom eerder een denkkader dat helpt oplossingen in te beelden bij het complexe geheel aan uitdagingen dat de zorg wacht. Welke mate van integratie is nodig voor een bepaalde doelgroep? Welke juridische en financiële regelgeving moet in acht genomen worden? Welke professionele expertise wordt aangeboden op de arbeidsmarkt? Er zijn veel factoren van tel.

Geïntegreerde zorg houdt de strategische keuze in om zorgprocessen anders te organiseren. In dit rapport zullen we ons beperken tot hoe zorg organisatorisch samengebracht worden om tot geïntegreerde zorg te komen. Eerst laten de wetten van Leutz (1999) zien wat geïntegreerde zorg in de praktijk kan betekenen. Daarna toont het regenboogmodel van Valentijn e.a. (2013) de verschillende principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg.

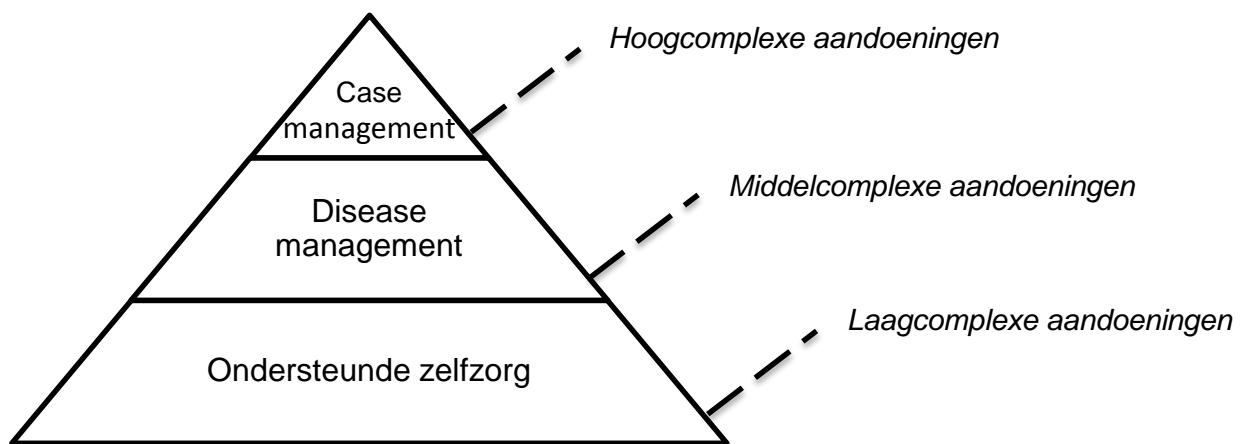
De wetten van Leutz

In 1999 stelde Leutz (1999) vijf wetten van geïntegreerde zorg op die het concept meer tastbaar maken. De eerste wet luidt als volgt:

1. Je kan alle diensten integreren voor sommige mensen, sommige diensten voor alle mensen, maar niet alle diensten voor alle mensen.

Leutz stelt dat per doelgroep bekeken moet worden welke vorm en mate van integratie net nodig is. Elke groep mensen, zij het afgelijnd op regio of ziektebeeld, heeft andere noden. Het zorgclassificatiemodel van Kaiser Permanente (Department of Health, 2005) in de Verenigde Staten geeft hier een goed voorbeeld van. Kaiser Permanente is een organisatie die verschillende zorgaspecten bundelt: preventie, diagnose en zorgverlening, verzekering en terugbetaling. Figuur 2 toont hoe verschillende chronische aandoeningen volgens Kaiser Permanente om een verschillende mate van integratie vragen. Laagcomplexere aandoeningen worden in de mate van het mogelijke opgevangen met zelfmanagement en eerstelijnszorg.

Figuur 2. Interventieniveaus naargelang complexiteit van aandoeningen



Gebaseerd op Department of Health (2005).

Middelcomplexे aandoeningen hebben meer specialistische zorg en ondersteuning nodig, hetgeen in de figuur *disease management* genoemd wordt. Hoogcomplexे aandoeningen hebben nood aan *case management*. Een zorgverlener wordt in dat geval aangeduid als casemanager om te gidsen doorheen het zorglandschap.

2. Integratie kost geld voordat het iets opbrengt.

Leutz stelt dat er heel wat investeringen nodig zijn om geïntegreerde zorg te realiseren. Pas later zouden die investeringen renderen. Het rapport "*What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*" kwam in 2014 uit en gaat die stelling na (Nolte et al., 2014). Nolte en Pitchforth (RAND Europe) verzamelden in opdracht van de Europese Commissie alle studies die de economische impact nagaan van geïntegreerde zorg voor patiënten met chronische, complexe condities. De onderzoeksresultaten over het economische effect van geïntegreerde zorg blijken inconsistent. Binnen dezelfde studies komen vaak tegengestelde resultaten naar voren. Nolte en Pitchforth stellen dat er voor de kosteneffectiviteit van geïntegreerde zorg wel aanwijzingen te vinden zijn, maar dat meer onderzoek nodig is om 'harde' conclusies te trekken.

3. Jouw integratie is mijn fragmentatie.

De betekenis van integratie hangt af van het perspectief dat je inneemt. Het samen zetten van zorgverleners uit verschillende ziekenhuisafdelingen in een multidisciplinair team is integratie voor de patiënt. Voor de zorgverleners zelf kan het als fragmentatie aanvoelen. Zij nemen namelijk afscheid van hun gespecialiseerde functie om plots multidisciplinair te gaan werken. Die omschakeling noodzaakt een verandering in het denken en doen, waarbij ze hun aandacht moeten verdelen over meerdere zorgaspecten. Een andere voorbeeld van integratie is het meer persoonsgericht werken. De zorgverlener verschuift dan zijn of haar aandacht van het uitvoeren van taken (waarbij weliswaar rekening wordt gehouden met noden en wensen van de patiënt), naar het actief betrekken van de patiënt als partner, of zelfs als leidende factor in de zorg. Bewerick (2009) waarschuwt dat ideeën over persoonsgerichte zorg soms clashen met bestaande professionele attitudes. Zorgverleners vrezen dat patiënten geen tegenspraak zullen dulden, ook wanneer hun vraag ingaat tegen *evidence based* geneeskunde, tegen wat maatschappelijk verantwoord is, of tegen de noden van de zorgverleners zelf. Integratie van zorg wordt daarom best vanuit het perspectief van elke betrokken actor bekeken.

4. Je kan geen vierkante pin in een rond gat passen.

Zo logisch als geïntegreerde zorg kan klinken als conceptuele oplossing voor problemen in de organisatie van de zorg, zo moeilijk is geïntegreerde zorg soms in de praktijk te brengen. Het zorgproces wordt omringd door een complexe omgeving van wetgeving en financiële regelingen. Multidisciplinaire zorg laten aanbieden door een team dat letterlijk samen aan het bed van de patiënt staat, bijvoorbeeld, klinkt mooi, maar kan moeilijk te organiseren zijn. Een patiënt krijgt zorg van zorgverleners uit een heel gamma aan organisaties, die vaak verschillende financieringsbronnen hebben. Bepaalde prestaties en samenwerkingen worden vergoed, andere niet. Zo kunnen wetgeving en financiële regelingen de organisatie van geïntegreerde zorg tegenhouden.

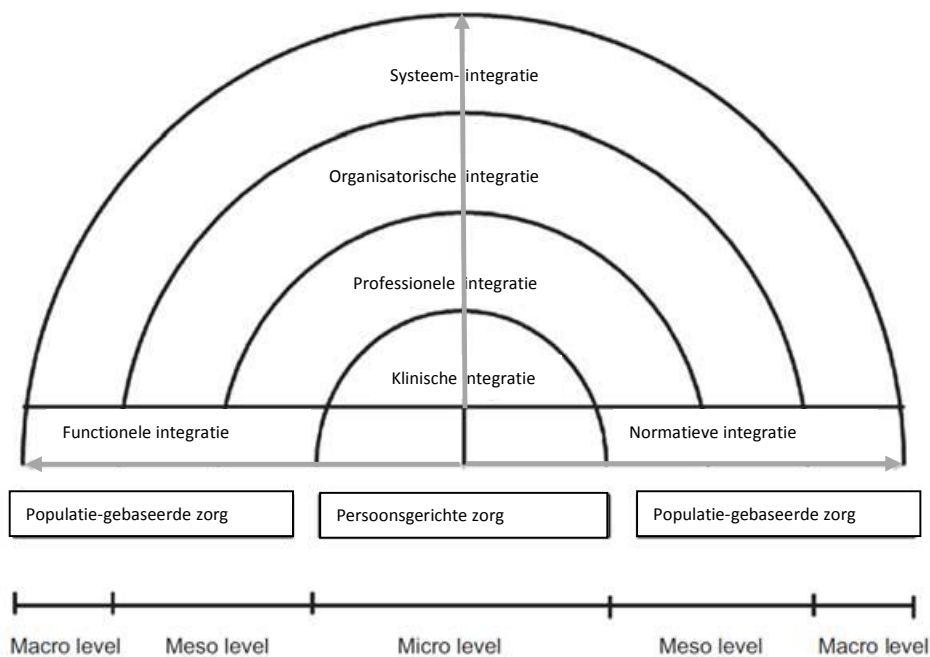
5. Degene die integreert, bepaalt hoe de integratie eruit ziet.

De keuze om te integreren kan op verschillende plaatsen genomen worden. Beleidsmakers vaardigen wettelijke bepalingen uit, financiers steunen integratie, managers schrijven strategische doelen uit, zorgverleners nemen zelf het initiatief. Hoe dan ook, de uitvoering berust altijd ook op interpretatie door die laatsten: de zorgverleners. Hoe integratie er uiteindelijk uit ziet, hangt af van hoe verschillende zorgverleners, diensten en organisaties in de dagelijkse praktijk met elkaar gaan samenwerken – hun werkzaamheden integreren. Dat kan afwijken van hoe beleidsmakers, financiers en managers geïntegreerde zorg oorspronkelijk voor ogen hadden.

De principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg

De wetten van Leutz helpen om geïntegreerde zorg te concretiseren. Meteen maken ze ook duidelijk dat geïntegreerde zorg geen kantenklare wonderoplossing voor elk probleem is, noch altijd nodig of goed voor iedereen. De wetten van Leutz zijn weliswaar goed om in het achterhoofd te houden, maar bieden geen conceptueel kader om over geïntegreerde zorg te denken. Het internationaal bekroonde regenboogmodel van Valentijn, Schepman, Opheij en Bruijnzeels (2013) doet dat wel.

Figuur 3. Principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg



Overgenomen uit Valentijn et al. (2013).

Het regenboogmodel kan gezien worden als een kaart (zie Figuur 3). Op die kaart kunnen verschillende types geïntegreerde zorg aangeduid worden. Die types zijn combinaties van verschillende principes, dimensies en strategieën van geïntegreerde zorg.

In de eerste plaats liggen de principes van persoonsgerichte en populatie-gebaseerde zorg aan de basis van geïntegreerde zorg. **Persoonsgerichte zorg** houdt een bio-psychosociaal perspectief op gezondheid in, dat de gebruikelijke biologische blik overstijgt én persoonlijke preferenties van de patiënt meeneemt in de zorg. Het doel is zich te richten op de mens als persoon en niet als louter biologisch wezen. **Populatie-gebaseerde zorg** trekt dat principe door naar een populatie. Zorg voor een bepaalde populatie zou rekening moeten houden met de noden en karakteristieken van die bevolking, bijvoorbeeld op politiek, economisch, sociaal en ecologisch vlak. Het doel is de gezondheid van een bepaalde populatie te verbeteren. Zowel persoonsgerichte als populatie-gebaseerde zorg gaan uit van een integraal perspectief. Ze erkennen de relatie tussen gezondheidsproblemen en sociale problemen. Die integrale benadering impliceert dat geïntegreerde zorg niet enkel op het medische zorgsysteem betrekking heeft, maar tegelijk ook op het sociale zorgsysteem.

In de tweede plaats stellen Valentijn et al. (2013) dat geïntegreerde zorg iets anders betekent naargelang het niveau waar je naar kijkt: het micro-, meso- of macroniveau. Op de drie niveaus situeren zich verschillende dimensies van geïntegreerde zorg. Daarnaast zijn er twee dimensies die doorheen de drie niveaus werken.

(1) Het microniveau bestaat uit het klinische zorgproces, dit is de eigenlijke behandeling van patiënten. Op het microniveau vindt **klinische integratie** plaats. Klinische integratie verwijst naar de coördinatie van behandelingen. Zeker in het geval chronische patiënten komen zorgverleners en behandelingen uit verschillende disciplines te pas. Klinische integratie betekent dat verschillende behandelingen op elkaar afgestemd worden, bijvoorbeeld met behulp van richtlijnen of een geïntegreerd patiëntendossier.

(2) Het mesoniveau bestaat uit de organisatie van zorgprocessen. De organisatie kan betrekking hebben op zorgverleners als professionals binnen organisaties of op organisaties als partners in een zorgproces. Zodoende is er op mesoniveau sprake van professionele en organisatorische integratie. **Professionele integratie** duidt op de coördinatie tussen zorgverleners. Zorgverleners kunnen zich verlaten op formele doorverwijzingen of meer continu overleg. **Organisatorische integratie** verwijst naar de coördinatie tussen organisaties. Organisaties kunnen ad hoc samenwerken, akkoorden met betrekking tot doorverwijzing sluiten of gezamenlijke zorginitiatieven opzetten.

(3) Het macroniveau bestaat uit het zorgsysteem dat tracht de zorgnoden te beantwoorden van een bepaalde populatie. **Systeemintegratie** heeft betrekking op het afstemmen van beleid en regels binnen een systeem, bijvoorbeeld door politieke verandering of de eigenlijke toepassing van nieuwe wetten. Beleid en regels reflecteren idealiter de noden van een populatie en scheppen de voorwaarden voor de gewenste zorg, conform het principe van populatie-gebaseerde zorg.

Dwars door de drie niveaus zorgen functionele en normatieve integratie voor verbondenheid. **Functionele integratie** beschrijft de coördinatie tussen administratief werk, ondersteunend werk en zorgend werk. Op elk van de drie niveaus komen deze soorten werk voor. Een goede afstemming is nodig om tot geïntegreerde zorg te komen over de niveaus heen. **Normatieve integratie** omhelst het delen van dezelfde missie, waarden en normen tussen zorgverleners of organisaties. Verschillen in missie, waarden en normen tussen de niveaus maken het moeilijker aan dezelfde kar te trekken om tot geïntegreerde zorg te komen.

In de derde plaats zijn er twee strategieën van geïntegreerde zorg, voorgesteld als de lichtgrijze pijlen in Figuur 3: horizontale en verticale integratie. **Horizontale integratie** beoogt integratie van de zorg op een enkel niveau. Integratie van zorg heeft dan een eerder beperkt opzet: enkel tussen behandelingen (microniveau), tussen professionals binnen een organisatie (mesoniveau), tussen verschillende organisaties (mesoniveau) of binnen een systeem (macroniveau) wordt dan actie ondernomen. **Verticale integratie** mikt op het verbinden van verschillende niveaus. Verschillende dimensies van geïntegreerde zorg worden dan op elkaar afgestemd: de coördinatie tussen zorgverleners wordt afgestemd op de behandelingen binnen een organisatie bijvoorbeeld. Zowel horizontale als verticale integratie zijn nodig om zorg te integreren.

De verschillende dimensies van geïntegreerde zorg kunnen moeilijk los gezien worden van elkaar. Het zijn abstracte, conceptuele onderscheiden, terwijl ze bij de realisatie van geïntegreerde zorg eerder in elkaar vasthaken. De strategieën van geïntegreerde zorg helpen om dat vasthaken te benoemen. De principes zijn een toetssteen om te kijken of geïntegreerde zorg benaderd wordt vanuit een bepaald perspectief. Zo vormt het regenboogmodel een conceptuele kaart om types geïntegreerde zorg te situeren. De kaart toont meteen dat geïntegreerde zorg vele verschijningsvormen kan aannemen in de praktijk. Het wat vage “beter coördineren en integreren van het zorgaanbod” maakt hier plaats voor conceptuele principes, dimensies en strategieën, die toelaten om types van geïntegreerde zorg te identificeren. Wat evenwel niet in beeld verschijnt, is *hoe* die integratie juist vorm krijgt. De verschillende types van geïntegreerde zorg kunnen op diverse manieren invulling krijgen, zoals blijkt uit de voorbeelden die we hoger in de tekst bij elke dimensie van geïntegreerde zorg gaven. Eén type kan verschillende ladingen dekken.

In het vervolg van dit rapport wordt voornamelijk ingegaan op één dimensie van geïntegreerde zorg, met name de professionele integratie. Dit is de onderlinge afstemming van zorgverleners van verschillende disciplines binnen een organisatie. We bekijken hoe die professionele geïntegreerde zorg verschillende invullingen kan krijgen. Professionele integratie is evenwel direct gelieerd aan klinische en functionele integratie, argumenteren we. De manier waarop zorgverleners onderling afstemmen heeft normaliter gevolgen voor de klinische integratie, dit is de wijze waarop behandelingen op elkaar afgestemd worden. Functionele integratie heeft dan weer betrekking op administratief en ondersteunend werk, gekoppeld aan de zorgverlening. De grens tussen administratie, ondersteuning en de eigenlijke zorgverlening is bijwijlen dun. Administratief moet bijvoorbeeld alles in orde zijn om de juiste behandeling op te kunnen starten.

In het volgende deel vergelijken we vier organisatiemodellen die in Vlaanderen recent veel aandacht kregen: Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en Moderne Sociotechniek. Elk van die modellen geeft (deels) een andere invulling aan professionele geïntegreerde zorg. De organisatiemodellen helpen ons om te begrijpen op welke wijze professionele integratie tot stand kan komen.

2 Organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg

Het tweede deel van dit rapport bekijkt en vergelijkt vier organisatiemodellen voor geïntegreerde zorg. Allereerst stellen we echter conceptueel helder wát 'de organisatie van geïntegreerde zorg' hier precies betekent. Daarna volgt de vergelijking van probleemanalyses en oplossingen van de organisatiemodellen. Tot slot worden overkoepelende lessen getrokken.

2.1 Een conceptuele kijk op organisaties

Deel 1 van dit rapport maakt duidelijk dat zorg op vele manieren geïntegreerd kan worden. Hier ligt de focus op professionele integratie van de zorg, en dit heeft betrekking op de arbeidsorganisatie. Na een schets van het begrip arbeidsorganisatie, situeren we dit begrip binnen het hoger besproken regenboogmodel van geïntegreerde zorg.

Arbeidsorganisatie

Arbeidsorganisatie is de manier waarop taken verdeeld en toegewezen worden binnen een organisatie, en hoe vervolgens de coördinatie tussen die verdeelde taken geregeld wordt. Bijvoorbeeld, alle taken die vervuld moeten worden om een bepaalde zorgdienst te realiseren, worden verdeeld over zorgverleners per discipline. Binnen die takenverdeling per discipline krijgen zorgverleners vervolgens specifiek pakketten van taken toegewezen. Enkele aansluitende begrippen verhelderen die definitie. Taken bestaan uit de handelingen die ondernomen moeten worden om een product of dienst tot stand te brengen. Taken zijn voorbereidend, ondersteunend, uitvoerend of regelend van aard. De voorbereidende, ondersteunende en uitvoerende taken die samen nodig zijn om een product of dienst te verwezenlijken, vormen het productieproces. Het productieproces klinkt misschien industrieel in de oren, maar alle begrippen zijn evenzeer van toepassing op dienstverlening. In het vervolg van de tekst wordt waar mogelijk gesproken over een proces in het algemeen of een zorgproces specifiek. Regelende taken worden apart beschouwd onder de noemer coördinatie. Coördinatie is nodig om de verschillende taken binnen een productieproces op elkaar af te stemmen.

Er is sprake van arbeidsdeling wanneer taken verdeeld worden over en gebundeld in verschillende arbeidsplaatsen. De manier waarop taken verdeeld worden, en vervolgens opnieuw gebundeld worden tot arbeidsplaatsen binnen een proces, hangt af van keuzes doorheen heel de organisatie. Er zijn twee basisvormen van arbeidsdeling (met name: maximale en minimale arbeidsdeling) met twee corresponderende basisvormen van coördinatie (met name: centrale en decentrale coördinatie). We bespreken hier beide basisvormen van arbeidsdeling, telkens met hun respectievelijke basisvorm van coördinatie. In realiteit bestaan er veel tussenvormen.

(1) **Maximale arbeidsdeling** betekent dat men productieprocessen maximaal opdeelt in aparte taken en vervolgens gelijkaardige taken in dezelfde *functionele* afdeling bundelt. Functionele afdelingen heten zo omdat dezelfde taken samenblijven. Verschillende soorten taken – voorbereidende, ondersteunende en uitvoerende – krijgen onderdak in aparte afdelingen. Bijvoorbeeld, de taken in een ziekenhuis worden verdeeld in medische, paramedische en verpleegkundige taken om vervolgens gebundeld te worden in medische, paramedische en verpleegkundige afdelingen. Ook binnen de afdeling vindt dan verdergaande arbeidsdeling plaats. *Monodisciplinaire* teams vormen zich rond subspecialisaties van taken. Zo ontstaat een organisatie met afdelingen en teams die verschillende soorten van voorbereidend, ondersteunend of uitvoerend werk doen. De keuzes met betrekking tot arbeidsdeling op het niveau van afdelingen en teams bepaalt de manier

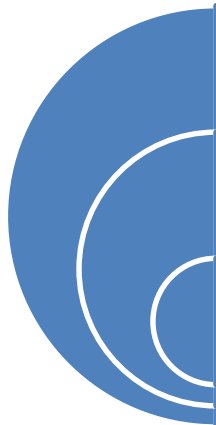
waarop taken tenslotte arbeidsplaatsen vormen (zie figuur 4). De *smalle* arbeidsplaats beperkt zich bij maximale arbeidsdeling tot een gelimiteerd pakket van taken die behoren tot een bepaalde subspecialisatie in het team van een voorbereidende, ondersteunende of uitvoerende afdeling.

Om een product of dienst te realiseren, moeten vervolgens wel alle nodige capaciteiten uit de verschillende, over teams en afdelingen heen verspreide, arbeidsplaatsen gemobiliseerd worden. Er is bijgevolg veel afhankelijkheid tussen arbeidsplaatsen over teams en afdelingen heen. De nood om over teams en afdelingen heen te coördineren, noemen we externe regel nood. Interne regel nood is de nood om te coördineren binnen teams of afdelingen. De organisatie werpt zich op als een complex geheel van op elkaar af te stemmen afdelingen, teams en arbeidsplaatsen. *Hiërarchische coördinatie* is de remedie voor maximale arbeidsdeling. Teams krijgen een overste, die overlegt met andere oversten, die rapporteren aan afdelingshoofden die gemanaged worden door een dagelijks bestuurder. De grote hoeveelheid aan coördinatiepunten houdt evenwel risico's in. Ten eerste kan per coördinatiepunt miscommunicatie plaatsvinden. Naargelang het aantal coördinatiepunten, stijgt het risico op miscommunicatie. Ten tweede heeft zo'n uitgebreide coördinatie veel tijd nodig. Er moeten veel coördinatiepunten aangedaan worden vooraleer informatie de juiste plek bereikt, via oversten, afdelingshoofden en managers. Elke informatieoverdracht neemt tijd in beslag. Naargelang het aantal coördinatiepunten, stijgt dus ook de tijd die nodig is voor coördinatie.

(2) **Minimale arbeidsdeling** betekent dat alle taken, die nodig zijn om een product of dienst te realiseren, zoveel mogelijk samenblijven. Het proces wordt zo minimaal mogelijk opgesplitst. Per product of dienst zijn er als het ware minibedrijfjes binnen hetzelfde bedrijf. Elke afdeling specialiseert zich in een eigen product of dienst. Binnen afdelingen worden taken opnieuw zoveel mogelijk samengehouden. Verschillende taken zitten in dezelfde *product- of dienstgerichte* afdeling. Minimale arbeidsdeling uit zich verder in *multidisciplinaire* teams. Een deeltje van het gehele proces, dat intern erg samenhangt maar nauwelijks met andere delen van het proces, kan dan opgenomen worden door een zoveel mogelijk opzichzelfstaand multidisciplinair team. De interne samenhang van taken binnen elk team zorgt voor een lage externe regel nood tussen de teams binnen een afdeling. Teams werken zoveel mogelijk autonoom, en hangen zo weinig mogelijk van andere teams af. Ook bij minimale arbeidsdeling bepalen keuzes op het niveau van afdelingen en teams de mogelijkheden voor de bundeling van taken tot ditmaal *brede* arbeidsplaatsen. Minimale arbeidsdeling laat toe om een compleet, gevarieerd arbeidsplaats samen te stellen.

Minimale arbeidsdeling betekent dat externe regel nood geminimaliseerd is en maakt *decentrale coördinatie* mogelijk. Alle nodige capaciteiten om een product of dienst te realiseren, zitten namelijk zo dicht mogelijk bij elkaar: afdelingen en teams werken zo zelfstandig mogelijk. Als er iets geregeld moet worden, dan is dat voornamelijk binnen de afdeling of het team, met betrekking tot de gezamenlijk af te leveren dienst, tussen werknemers met brede, gevarieerde arbeidsplaatsen. Bij deze basisvorm van arbeidsorganisatie overheerst dus de interne regel nood *binnen* afdelingen en teams.

Figuur 4. Niveaus en basisvormen van arbeidsdeling



Niveau van arbeidsdeling	Maximale arbeidsdeling	Minimale arbeidsdeling
Afdeling	Functioneel	Product- of dienstgericht
Team	Monodisciplinair	Multidisciplinair
Arbeitsplaats	Smal	Breed

Eigen figuur.

De twee basisvormen van arbeidsdeling tonen twee verschillende manieren om een product of dienst tot stand te brengen. Welke vorm van arbeidsdeling daar het 'best' in slaagt, hangt af van wat er verwacht wordt van het betreffende product of dienst. Met andere woorden: van de vraag naar een product of dienst. Die vraag kan opnieuw twee basisvormen aannemen. (1) Een **simpele vraag** houdt in dat wat gevraagd wordt relatief eenvoudig te produceren is qua uitvoering, voorspelbaar is en op grote schaal als standaardproduct of -dienst gevraagd wordt. Er zit weinig variabiliteit in de vraag. Het proces zelf is daardoor voorspelbaar en laat weinig regelnoed na: de uit te voeren taken liggen op voorhand vast. Als er weinig regelnoed is, ligt het risico op miscommunicatie laag en kan maximale arbeidsdeling beter lukken in het beantwoorden van een simpele vraag dan minimale arbeidsdeling. (2) Een **complexe vraag** betekent dat het product of de dienst een per definitie ingewikkeld productieproces noodzaakt, hoe het gevraagde product of de dienst eruit moet zien weinig voorspelbaar is en dat het een relatief geïndividualiseerd product of dienst betreft. Het productieproces is zodoende weinig voorspelbaar en impliceert veel regelnoed: taken liggen niet op voorhand vast. In geval van maximale arbeidsdeling leidt die onvoorspelbaarheid tot veel externe regelnoed. Afdelingen en teams zijn namelijk erg afhankelijk van elkaar zijn. Bij minimale arbeidsdeling wordt het risico geïnternaliseerd door de regelnoed binnen de grenzen van afdeling en team te houden. Minimale arbeidsdeling faciliteert in principe het beantwoorden van een complexe vraag.

Arbeidsorganisatie en geïntegreerde zorg

Arbeidsorganisatie, zijnde de manier waarop taken gedeeld, gebundeld en gecoördineerd worden binnen een organisatie, kan verbonden worden aan drie dimensies van integratie in het regenboogmodel (Valentijn et al., 2013). Op het microniveau staat klinische integratie voor het coördineren van zorgdiensten. Op het mesoniveau staat professionele integratie voor het coördineren van zorgverleners van verschillende disciplines. Functionele integratie, die verschillende niveaus uit het regenboogmodel verbindt, duidt op de coördinatie van administratieve en ondersteunende diensten met zorgverlening.

De vorm van arbeidsdeling bepaalt de mogelijkheden voor die dimensies van integratie. In een organisatie die zich laat kenmerken door maximale arbeidsdeling ontspint een zorgproces zich tussen een complex aan afdelingen, teams en arbeidsplaatsen. Maximale arbeidsdeling zorgt voor een hoge regelnoed en, daarmee, voor een hoger risico op coördinatieproblemen. Minimale arbeidsdeling zorgt voor een lagere nood aan coördinatie. In een dergelijke organisatie is de verantwoordelijkheid voor een bepaald zorgproces namelijk afgebakend door

de grenzen van een afdeling en coördinatienuitdaging geminimaliseerd door de interne samenhang binnen teams te maximaliseren en tussen teams te minimaliseren. Maximale arbeidsdeling lijkt dus grotere inspanningen te vragen om tot klinische, professionele of functionele integratie te komen.

De wetten van Leutz toonden in de gelijknamige paragraaf evenwel dat integratie niet altijd en overal noodzakelijk is. Geïntegreerde zorg is het antwoord op een nood aan coördinatie, die zich voornamelijk stelt bij een complexe (zorg)vraag. Het is dus niet zo dat minimale arbeidsdeling per definitie meer geschikt is om zorg te organiseren dan maximale arbeidsdeling. Het hangt af van de complexiteit van de zorgvraag op welke *dimensies* zorg geïntegreerd moet zijn, en hoe dat georganiseerd moet zijn qua arbeidsorganisatie. Een simpele zorgvraag zonder afwijkingen behoeft weinig tot geen coördinatie en dan stellen de coördinatieproblemen bij maximale arbeidsdeling zich niet of minder. Een complexere zorgvraag, waarvoor veel coördinatie nodig is, is daarentegen gebaat bij minimale arbeidsdeling.

Zo is het concept arbeidsorganisatie gesitueerd in het regenboogmodel. In het licht van bovenstaande redenering bekijken we vier organisatiemodellen die naar voren geschoven worden als middel om tot professionele integratie te komen. Vervolgens worden de vier organisatiemodellen vergeleken met elkaar.

2.2 Organisatiemodellen

Vier organisatiemodellen komen hier aan bod: Klinische Zorgpaden, Lean, Relationale Coördinatie en Moderne Sociotechniek. Klinische Zorgpaden proberen de verbindingen tussen 'kritieke punten' in het zorgproces vlotter te laten lopen door standaardisering. Lean evalueert het zorgproces om overbodige punten (*muda*, of afval) te elimineren. Relationale Coördinatie zet in op kwaliteitsverbetering van de communicatie tussen de zorgverleners in het zorgproces. De Moderne Sociotechniek gaat dieper in op de vraag welke vorm van arbeidsdeling nodig is in het zorgproces. De selectie is gebaseerd op de grote aandacht voor die vier organisatiemodellen in Vlaanderen. Dezelfde organisatiemodellen zijn ook terug te vinden in de boeken *Slimmer zorgen voor morgen* (Corvers & Van Hootegem, 2013) en *Zorgvernieuwers* (Benders & Missiaen, 2013). Elk organisatie-model identificeert bovendien problemen in de arbeidsorganisatie van de zorg, zoals de bespreking verder in dit rapport duidelijk maakt. Daarom is het interessant ook de oplossing die elk organisatie-model naar voren schuift te bespreken en te vergelijken in termen van arbeidsorganisatie.

De vier organisatiemodellen maakten hun opgang in de industrie, maar werden ondertussen vertaald naar de zorgcontext. Klinische Zorgpaden zijn een afgeleide van *critical pathways* (Sermeus & Vanhaecht, 2002), Lean maakte furore in de automobielsector (Krafcik, 1988), Relationale Coördinatie werd ontwikkeld voor de luchtvaartindustrie (Hoffer Gittell, 2005) en de Moderne Sociotechniek heeft haar wortels in de mijnbouw (Trist & Bamforth, 1951). De nieuwigheid van onderstaande organisatiemodellen ligt dan ook eerder in hun toepassing op de zorg. En dan nog zijn die toepassingen al langer bekend dan vandaag. Het nieuwe valt misschien vooral te vinden in de bredere aanvaarding van de inzichten van de betreffende organisatiemodellen. Maar de literatuur over de toepassing van die organisatiemodellen in de zorg verwijst nog vaak naar voorbeelden van *early adopters* zoals woonzorgcentrum Menos en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (zie bvb. Corvers & Van Hootegem, 2013, Benders & Missiaen, 2013).

De volgende paragrafen bespreken geschiedenis, probleemanalyse, vooropgestelde oplossing en arbeidsorganisatie van elk organisatie-model. In de kaders bij elk

organisatiemodel worden effecten in praktijk en onderzoek besproken. Na de bespreking volgt een vergelijking van de verschillende organisatiemodellen.

Klinische Zorgpaden

Geschiedenis: Al in de jaren 1950 werd de *Critical Path Method* (CPM) bedacht, net als de *Program Evaluation and Review Technique* (PERT) (Sermeus & Vanhaecht, 2002). CPM maakt een pad op van activiteiten naargelang hun duur en onderlinge afhankelijkheid. PERT is een analysemethode voor projectplanning die inschat wat de optimistische, waarschijnlijke en pessimistische doorlooptijd van een pad zal zijn. Al eind jaren 1980 begon de toepassing van CPM en PERT in de zorg. Sermeus en Vanhaecht (2002) stellen dat de onvoorspelbaarheid en individualiteit van zorgprocessen in combinatie met therapeutische vrijheid een verklaring vormen voor de uitgestelde toepassing van de methodes in de zorg. Zorgprocessen zouden bijgevolg niet zo makkelijk in kritieke punten op te delen zijn als industriële processen. Sermeus en Vanhaecht zijn verantwoordelijk voor de verdere ontwikkeling van het concept Klinische Zorgpaden van midden jaren 1990 tot nu. Het Netwerk Klinische Zorgpaden ondersteunt de ontwikkeling van Klinische Zorgpaden in België en Nederland (Netwerk Klinische Zorgpaden, 15.01.2016). Het telt 1200 projecten bij 87 zorgorganisaties. Maar het organisatiemodel kent ook internationaal ingang. De *European Pathway Association* telt bijvoorbeeld meer dan 1100 leden (European Pathway Association, x).

Probleemanalyse: De probleemanalyse van Klinische Zorgpaden legt het accent op fragmentatie, een gebrek aan systematische communicatie tussen zorgverleners en aanbodgestuurde zorg (Sermeus & Vanhaecht, 2002). Fragmentatie betekent dat zorgprocessen opgesplitst zijn volgens de lijnen die de zorg doorkruisen: zelfzorg en informele zorg in de nulde lijn, algemene zorg in de eerste lijn, meer gespecialiseerde zorg in de tweede lijn en gespecialiseerde laboratoria in de derde lijn. Maar het proces raakt ook opgesplitst tussen verschillende individuele zorgverleners, zorgverleners van verschillende disciplines, verschillen in focus tussen teams, afdelingen en organisaties, ... Fragmentatie veroorzaakt en bestendigt voor een deel het ontbreken van systematische communicatie. Elke lijn, discipline en focus ontwikkelt als het ware een eigen taal. Die eigenheid maakt het soms moeilijk over de lijnen heen te communiceren. Aanbodgestuurde zorg duidt erop dat het zorgaanbod vooral voortkomt uit wat volgens de organisatie mogelijk en wenselijk is, eerder dan de vraag van de patiënt als premisse te nemen om een aanbod te ontwikkelen.

Oplossing: Sermeus en Vanhaecht (2002) beschrijven Klinische Zorgpaden niet alleen als de verbinding tussen kritieke punten binnen een zorgproces, maar als de centrale assen waarrond organisaties opgebouwd zouden moeten worden. Om een Klinisch Zorgpad te installeren moet de gehele organisatie herbekeken worden. Zo mikt men op klinische en professionele integratie: behandelingen op elkaar afstemmen door zorgprofessionals op elkaar af te stemmen. De standaardroute van het zorgproces en mogelijke variaties worden vastgelegd tussen de kritieke punten van één of meerdere organisaties. Ook de verantwoordelijkheden en voorgeschreven, *evidence based* acties met betrekking tot behandeling en interprofessionele communicatie zijn geëxpliciteerd en gestandaardiseerd. Die standaardisering moet het zorgproces zowel efficiënter als effectiever maken. Het vastleggen van wat moet gebeuren zorgt voor duidelijkheid over de verschillende stappen in het zorgproces en voor een snellere gang van zaken. Die duidelijkheid draagt ook bij tot de effectiviteit wanneer de installatie van het Klinisch Zorgpad ervoor zorgt dat behandelingen beter op elkaar afgestemd zijn en meer *evidence based* verlopen. Een hoge mate van voorspelbaarheid van het zorgproces en een groot vraagvolume zijn volgens de literatuur belangrijke voorwaarden om Klinische Zorgpaden uit te kunnen werken (Sermeus & Vanhaecht, 2002). Het zorgproces moet voorspelbaar zijn om gestandaardiseerd te worden. Bovendien is standaardisering vooral nuttig wanneer er veel vraag is naar de aangeboden

zorg. Dan dient het Klinisch Zorgpad voor een grote groep patiënten en worden hogere efficiëntiewinsten geboekt.

Arbeidsorganisatie: Klinische Zorgpaden lijken een minimale arbeidsdeling voor te schrijven in geval van een groot vraagvolume en een hoge mate van voorspelbaarheid. Een Klinisch Zorgpad dient dan ingericht te worden als centrale as waarrond de rest van de organisatie ingericht wordt. Het leggen van de verbinding tussen kritieke punten binnen een zorgproces impliceert het verbinden van arbeidsplaatsen. Een Klinisch Zorgpad beoogt immers taken die tot het zorgproces behoren beter op elkaar af te stemmen, en die taken behoren tot arbeidsplaatsen. Men tracht in die zin arbeidsplaatsen dichter bij elkaar te brengen. Ook decentralisering draagt bij tot meer effectieve en efficiënte afstemming, door de nodige verantwoordelijkheden en bevoegdheden gerelateerd aan taken in het zorgproces in de betreffende arbeidsplaatsen te leggen. Het organisatiemodel suggereert bijgevolg dat decentrale coördinatie aangewezen is bij de inrichting van een Klinisch Zorgpad.

Tegelijk lijkt het dertigstappenplan voor de ontwikkeling van Klinische Zorgpaden (Vanhaecht & Sermeus, 2002) die minimalisering van arbeidsdeling rond het zorgproces als centrale as niet te benoemen. Uit onderzoek blijkt bovendien dat in de praktijk minimale arbeidsdeling vaak niet toegepast wordt bij de installatie van een Klinisch Zorgpad (zie kadertekst).

KLINISCHE ZORGPADEN IN PRAKTIJK EN ONDERZOEK

Klinische Zorgpaden vormen idealiter de centrale assen van een organisatie. Een goed voorbeeld van het daadwerkelijk op elkaar afstemmen van Klinisch Zorgpad en arbeidsorganisatie staat in het boek "Zorgvernieuwers. Betere zorg door anders organiseren" (Benders & Missiaen, 2013, waar de *stroke unit* van het AZ Sint-Blasius wordt beschreven door hoofdverpleegkundige Neurologie-Neurochirurgie Piet Temmerman.

De multidisciplinaire *stroke unit* of beroerte-eenheid van het AZ Sint-Blasius in Dendermonde werd opgericht in functie van het Klinisch Zorgpad rond beroerte. Waar voorheen de betrokken zorgverleners verspreid waren over de departementen van het ziekenhuis naargelang hun disciplinaire achtergrond, maken ze nu samen deel uit van een vast team. Het vormen van een vast team leidt tot betere interprofessionele afstemming en samenwerking. Een systematische literatuurstudie bevestigt dat Klinische Zorgpaden helpen om functionele silo's te overbruggen, zelfs over zorglijnen heen (Van Herck et al., 2010). Ook zou teamvorming het risico op *burn-out* bij de zorgverleners verlagen en de patiëntuitkomsten verbeteren (Benders & Missiaen, 2013).

Vanhaecht (2007) stelt dat niet elk Klinisch Zorgpad even goed georganiseerd is. Uit onderzoek blijkt dat in de praktijk zelfs zorgpaden die rond dezelfde morbiditeit werken, vaak een andere definitie geven aan het concept Klinisch Zorgpad (Leigheb et al., 2013). De schriftelijke neerslag van een Klinisch Zorgpad beperkt zich bovendien vaak tot het opsommen van de deelnemende zorgverstrekkers, zo toont een systematisch literatuuronderzoek naar Klinische Zorgpaden rond heup- en knie vervangingen (Van Herck et al., 2010). Wat het Klinische Zorgpad concreet inhoudt aan behandelingen en benodigde professionele afstemming, wordt vaak slechts deels of zelfs helemaal niet beschreven. Mogelijk blijft er dan ook eerder sprake van een sterk doorgedreven arbeidsdeling. Ook is er een behoorlijke variatie wat betreft het volgen van de *evidence based* behandelrichtlijnen met betrekking tot zorgpaden: de Klinische Zorgpaden uit een bepaalde studie voerden tussen 58 en 100% van de internationaal voorgeschreven richtlijnen in (Deneckere et al., 2013).

Er bestaat dus heel wat variatie tussen zorgpaden. Onderlinge vergelijking kan helpen om Klinische Zorgpaden te optimaliseren en te standaardiseren, wat de kans op medische fouten vermindert (Segal et al., 2011). Systematische reviews naar zorgpaden rond heupvervangingen tonen ondertussen dat die zorgen voor beter procesmanagement en evenwichtigere zorgconsumptie, maar resultaten met betrekking tot klinische uitkomsten zijn uiteenlopend (Leigheb et al., 2013).

Tot slot stelt een ander systematisch literatuuronderzoek dat Klinische Zorgpaden ook als coördinatiemechanisme gezien kunnen worden voor 'virtuele teams' (Deneckere et al., 2012). Virtuele teams bestaan uit leden die deel uitmaken van verschillende afdelingen of organisaties en apart hun deel van het werk doen met betrekking tot een specifieke patiënt. Klinische Zorgpaden kunnen coördinatie dan faciliteren, maar het ideaal van zorgprocessen als centrale assen van de organisatie wordt niet bereikt. Tegelijk stipt datzelfde literatuuronderzoek aan dat de invoer van Klinische Zorgpaden vaak leidt tot teamconflicten, die hun grondslag wel eens net zouden kunnen vinden in de doorgedreven arbeidsdeling van de organisatie waar de zorgpaden in ingebed zijn.

Lean

Geschiedenis: Lean zette de automobieliindustrie, en later ook andere sectoren, op zijn kop (Womack & Jones, 1996). Lean staat bekend als de idee achter het *Toyota Production System*. Na de Tweede Wereldoorlog zorgde schaarste in Japan voor de nood om extra efficiënt te produceren. Daarnaast wou Toyota een gevarieerd aanbod ontwikkelen om snelle verzadiging van de beperkte binnenlandse afzetmarkt tegen te gaan. Fabrieken werden radicaal hertekend en westerse concurrenten hadden moeite zich staande te houden ten opzichte van de Japanse wervelwind. Later verspreidde Lean zich naar andere deeleconomieën, en vertaalde de benadering zich naar de dienstensector. Lean is in opgang in de zorg sinds het begin van het nieuwe millennium en wordt ondertussen toegepast op plekken over heel de wereld, met vele voorbeelden in Nederland en ook heel wat in Vlaanderen (Benders et al., 2010; Benders & Missiaen, 2013; Rouppe van der Voort & Benders, 2014; Crampe, 2015).

Probleemanalyse: In de zorg duikt min of meer hetzelfde probleem op als in de automobielsector, stelt Lean (Christis, 2011a). Organisaties zijn zo gestructureerd dat ze mikken op efficiëntie door schaalvergroting (*scale*). *Economies of scale* staan voor maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling. Taakspecialisatie moet zorgen voor korte bewerkingstijden. De realisatie van een product of dienst betekent echter een lange weg door de organisatie om alle nodige taken samen te brengen, doordat taken op basis van gelijksoortigheid in andere functionele afdelingen, monodisciplinaire teams en smalle arbeidsplaatsen van de organisatie belanden. De hele productiecycclus, inclusief communicatie tussen afdelingen, teams en arbeidsplaatsen, neemt zo meer tijd in beslag. Maximale arbeidsdeling is sterk in efficiënte massaproductie. Maar snel op de markt inspelen, produceren in beperkte oplage en snelle levering behoren dan niet tot de opties.

Bovendien heeft elke afdeling, team en arbeidsplaats zijn eigen interne doelen. Voor de ene afdeling kan het onderhoud van machines primeren, terwijl een andere afdeling onmiddellijke beschikbaarheid van machines voor de patiënt wil. Die aparte doelen dreigen de overhand te krijgen bij doorgedreven arbeidsdeling over de eigenlijke, zorgprocesgebonden doelen. Afdelingen, teams en arbeidsplaatsen zijn geneigd om hun activiteiten vooral te richten op het behalen van hun interne doelen, en die activiteiten voegen niet altijd waarde toe aan het zorgproces zelf.

Oplossing: Lean staat voor een radicale hertekening van organisaties. Het kan bijna niet anders dan die hertekening te beschrijven in termen van arbeidsdeling. Waar *economies of scale* mikken op efficiëntie via schaalvergroting, richt Lean zich op *economies of flow*. *Economies of flow* beogen nog steeds efficiëntie, maar hebben een heel andere invalshoek. De *flow* of stroom is het de centrale as van de organisatie. In dit geval is het zorgproces de *flow*. Efficiëntie, maar ook vraaggestuurdheid en kwaliteit drijven de organisatie op basis van vijf principes (Benders & Missiaen, 2013). Ten eerste primeert waardecreatie. Daarom moet gedefinieerd worden wat 'waarde' in een bepaald zorgproces betekent. In de zorg is waarde te definiëren in termen van de combinatie van de objectieve zorgnoden van een patiënt en diens subjectieve preferenties. Ten tweede schrijft Lean voor om alle waardetoevoegende

activiteiten te identificeren, en alle niet-noodzakelijk processtappen te elimineren. Overbodig of te zwaar werk moet zoveel mogelijk geëlimineerd worden. Overbodig werk bestaat uit activiteiten die geen waarde creëren. Te zwaar werk noemt Lean een verspilling van menselijk kapitaal. Ten derde moeten de resterende activiteiten gebundeld worden in een naadloze stroom. Interrupties moeten geweerd worden. Dat sluit aan bij principe vier: voer activiteiten pas uit op het moment dat ze nodig zijn. In een industriële context betekent dat geen overbodige stock opbouwen, in de zorg omhelst dat het vermijden van wachtlijsten. Vanzelfsprekend kan dit enkel door ook voldoende capaciteit te voorzien. Tot slot benadrukt Lean het belang van continu verbeteren. Duikt alsnog een probleem op in de stroom, dan spitten werknemers dat zelf tot in de kern uit om het productieproces te verbeteren.

Arbeidsorganisatie: Lean schrijft een minimale arbeidsdeling voor wanneer continuïteit, vraaggestuurdheid en kwaliteit noodzakelijk zijn om een zorgproces in goede banen te leiden. Ten eerste dienen de objectieve noden en subjectieve preferenties van de patiënt als basis voor het inrichten van een stroom. Lean stelt wat waarde oplevert voor de patiënt centraal. Activiteiten die geen waarde toevoegen, schrapt men. Ten tweede richt men dienstgerichte afdelingen in per stroom. Zo primeert efficiëntie van levertijd op bewerkingstijd. Ten derde stellen werknemers de manier van werken doorheen het hele proces gedurig in vraag: "Waarom doen we wat we doen eigenlijk op deze manier?". Standaarden en routines vestigen helpt om zo efficiënt mogelijk te werken. Een continue vorm van kwaliteitscontrole verzekert de evaluatie en eventuele wijziging van standaarden en routines en, op die manier, een hoogkwalitatief product of dienst. Arbeidsplaatsen vallen binnen teams in stroomomvattende afdelingen. De nadruk op ieders verantwoordelijkheid voor kwaliteitscontrole houdt een voorkeur voor een bepaalde mate van decentralisering in. Tegelijk riskeren de standaarden en routines een dwingend, bureaucratisch kader te vormen dat de beslissingsruimte van de werknemer beperkt.

LEAN IN PRAKTIJK EN ONDERZOEK

Lean lijkt goede resultaten te behalen in de zorg, maar de bewijsvoering is beperkt. Bovendien blijkt Lean in verschillende gradaties toegepast te worden.

De literatuur over Lean in de gezondheidszorg is voornamelijk exemplarisch of theoretisch. De Lean-filosofie en -tools worden getoond en toegepast in specifieke cases, en mogelijke resultaten op klinisch en niet-klinisch vlak worden beschreven (Young & McClean, 2007). Lean zou onder andere de zorgkwaliteit verhogen, patiëntveiligheid en werknemerstevredenheid verbeteren, wachtlijsten en –rijen wegwerken, en verblijfsduur en kosten verminderen (Walley, 2003; Brandao de Souza, 2009). Tegelijk zou ook de capaciteit verhogen, wat ruimte biedt om meer te doen en een hogere kwaliteit na te streven.

In de praktijk blijkt dat het concept Lean ook gebruikt wordt wanneer slechts een of twee Lean- principes toegepast worden (Brandao de Souza, 2009; Waring & Bishop, 2010; Burgess & Radnor, 2013). Er bestaat een soort grijze zone rond de definitie van Lean. Bovendien stellen meerdere studies dat het minder eenvoudig is om Lean in de zorg toe te passen in vergelijking met de industrie, zeker met betrekking tot chronische zorg (Kollberg et al., 2006; DelliFraine et al., 2010; Radnor et al., 2012). Omdat de Lean-vlag vele ladingen dekt, is het moeilijk uitspraken te doen over de effectiviteit van Lean als totaalconcept. Er is nood aan een theoretische fundering van Lean (Christis, 2011a), met specifieke aandacht voor de toepassing ervan in de zorg.

Een literatuurstudie uit 2010 vond slechts elf (Engelstalige) studies terug die statische analyses toepassen om de effectiviteit van Lean in de zorg te meten (DelliFraine et al., 2010). Daarenboven focussen de afzonderlijke studies op beperkte Lean-toepassingen en een gelimiteerd aantal uitkomsten. De exemplarische verbeteringen waarvan sprake worden niet aangevuld met uitgebreidere bewijsvoeringen.

Tot slot zien we dat de implementatie van Lean in een verandertraject vaak moeilijkheden met zich meebrengt (Waring & Bishop, 2010). Men vreest bijvoorbeeld dat onder het mom

van Lean besparingen worden doorgevoerd. Ook blijken zorgverleners na de invoering van Lean soms snel terug in oude organisatieroutines te vervallen, of verzetten ze zich expliciet tegen de nieuwe manier van werken. Warring & Bishop (2010) maken duidelijk dat Lean niet beschouwd mag worden als een snelle en makkelijke remedie voor organisatorische problemen.

Relationele Coördinatie

Geschiedenis: Relationele Coördinatie is het jongste organisatiemodel in het gezelschap. Jody Hoffer Gittel onderzocht bij succesvolle luchtvaartbedrijven wat zij anders doen dan minder fortuinlijke concurrenten. De onderscheidende factor is volgens haar de kwaliteit van communicatie in de organisatie. Hoffer Gittel herhaalde haar onderzoek in de zorgsector en kwam tot dezelfde bevinding in haar boek *High Performance Health Care* (2009). Ze ontwikkelde een interventieprogramma, *Relational Coordination Analytics*, dat momenteel veel aandacht krijgt op het internationale toneel.

Probleemanalyse: De analyse van Hoffer Gittel is geformuleerd in termen van arbeidsdeling: maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling zorgt voor kwaliteits- en efficiëntieverlies in de zorg (Hoffer Gittel, 2009). Die arbeidsdeling verhindert de noodzakelijke kwaliteit van communicatie om de kloven tussen afdelingen, teams en arbeidsplaatsen te overbruggen. Hoffer Gittel schrijft het voornamelijk bureaucratische model van coördinatie door superviserende managers die de touwtjes in handen hebben af. Maar volgens Gitell is het herontwerp van zorgprocessen richting minimale arbeidsdeling niet voldoende, en blijft de communicatie en coördinatie ook dan vaak suboptimaal.

Oplossing: Kwalitatieve communicatie tussen werknemers helpt om performanter te werken. Relationale coördinatie is broodnodig om de kloven tussen functionele afdelingen en monodisciplinaire teams te dichten. Hoffer Gittel benadrukt het belang van directe contacten op de werkvloer. Performante organisaties laten werknemers rechtstreeks met elkaar afstemmen. Tegelijk stelt ze dat de regels en procedures van de bureaucratie zorgen voor repliceerbaarheid, schaalbaarheid en duurzaamheid. Bureaucratie laat toe herhaalbare handelingen voor te schrijven, die op grote schaal toepasbaar zijn en op lange termijn overdraagbaar om zo de werking van de organisatie in stand te houden.

Hoffer Gittel presenteert het model van de relationele bureaucratie (Hoffer Gittel & Douglas, 2012). De bureaucratie wordt aan Relationele Coördinatie gekoppeld om de voordelen van die eerste te versterken door kwalitatieve communicatie. Om die coördinatie in de zorg te realiseren, schrijft ze twaalf *high performance work practices* of werkpraktijken voor: (1) selecteer werknemers die geschikt zijn voor teamwerk, (2) meet prestatie op teamniveau, (3) beloon op teamniveau, (4) los conflicten proactief op als team, (5) investeer in leiderschap, (6) zorg voor jobfocus (7) terwijl jobgrenzen flexibel zijn, (8) installeer liaison-functionarissen die instaan voor de liaison of verbinding met andere teams, (9) verbind zorgverleners doorheen Klinische Zorgpaden, (10) betrek meer zorgverleners bij patiëntenrondes, (11) ontwikkel gedeelde informatiesystemen en (12) zorg dat toeleveranciers partners worden.

Verder is kwalitatieve communicatie afhankelijk van gedeelde doelen, gedeelde kennis en wederzijds respect. Er moet genoeg gemeenschappelijke grond zijn bij zorgverleners om elkaar werkelijk te begrijpen. Bijgevolg is communicatie idealiter ook frequent, op tijd, accuraat en, wanneer nodig, gericht op het oplossen van problemen. Dat zijn de kenmerken van kwalitatieve communicatie. De voorgeschreven werkpraktijken helpen om die te realiseren. Relationele Coördinatie kan zo de voordelen van schaalgrootte en specialisatie in een bureaucratie versterken (Hoffer Gittel & Douglas, 2012).

Arbeidsorganisatie: De relationele bureaucratie moet de sterkte van de bureaucratie (met name: specialisatie) combineren met de sterkte van Relationele Coördinatie (met name:

kwalitatieve communicatie). Hoffer Gittell duidt op het belang van structurele aanpassingen zoals de selectie van werknemers die geschikt zijn voor teamwerk, werkprotocollen die de taakgrenzen overschrijden en jobbeschrijvingen die een combinatie van taakspecialisatie en -verbreding inhouden. Taak- en specialisatie-overschrijdend te werk gaan houdt mogelijk een beperkte minimalisering van arbeidsdeling in. Maar Hoffer Gittell pakt problemen, veroorzaakt door maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling, voornamelijk aan door in te zetten op een bepaalde mate van decentralisering. Regelende taken verschuiven naar het niveau van de zorgverleners, afstemming gebeurt meer onderling via kwalitatieve communicatie.

RELATIONELE COÖRDINATIE IN PRAKTIJK EN ONDERZOEK

Er zijn heel wat studies over het belang van Relationele Coördinatie met betrekking tot zorgkwaliteit, zorg efficiëntie, patiënttevredenheid, zorgverlenerstevredenheid en levenskwaliteit. Het verband tussen Relationele Coördinatie en arbeidsorganisatie kreeg tot hiertoe veel minder aandacht.

Hoffer Gittell (2002) onderzoekt het afzonderlijke én gecombineerde effect van verschillende coördinatiemechanismen en Relationele Coördinatie op kwaliteit en efficiëntie van zorg. Als coördinatiemechanismen kijkt ze naar Klinische Zorgpaden die acties voorschrijven en op elkaar afstemmen, liaison-teamleden die instaan voor de verbinding met andere teams, en teammeetings waar verschillende zorgverleners samenkomen. De coördinatiemechanismen blijken op zich al een positief effect te hebben op zorgkwaliteit, zoals gepercipieerd door de patiënten, en ook op zorg efficiëntie, in termen van verblijfsduur. Voor Relationele Coördinatie is dat eveneens het geval, onafhankelijk van het coördinatiemechanisme: de manier waarop gecommuniceerd wordt blijkt een belangrijk effect te hebben op kwaliteit en efficiëntie van zorg.

Waar Hoffer Gittell minder aandacht voor heeft, is de onderliggende arbeidsdeling in de onderzochte organisaties. Ze bestudeert in haar onderzoek multidisciplinaire teams van dokters, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, casemanagers en sociaal werkers in negen verschillende ziekenhuizen (Hoffer Gittell, 2002; Havens et al., 2010). In een studie over rusthuizen heeft ze het over horizontale, multidisciplinaire werkprocessen, niet over functionele departementen en monodisciplinaire teams (Hoffer Gittell et al., 2008). Beide studies lijken organisaties met een vorm van minimale arbeidsdeling als studieobject te hebben. Arbeidsorganisatorisch bekeken zou dat in theorie inderdaad kwalitatieve coördinatie moeten opleveren. Er is dan ook meer aandacht nodig voor arbeidsdeling als factor in onderzoek naar de effecten van Relationele Coördinatie. Arbeidsdeling zou wel eens een verklarende factor kunnen zijn voor Relationele Coördinatie in een organisatie.

Tot slot beschrijven een aantal studies de toepasbaarheid van Relationele Coördinatie in de praktijk (Hoffer Gittell, 2002; Hoffer Gittell et al., 2008; Vinagre Romero et al., 2014). De studies tonen hoe de voorgeschreven *high performance work practices* samengaan met Relationele Coördinatie, en hoe dit vervolgens bijdraagt tot de performantie van de zorgprocessen (Hoffer Gittell, 2002). Tegelijkertijd presenteert het organisatiemodel zich niet als een systematisch stelsel richtlijnen om Relationele Coördinatie te bereiken. Havens et al. (2010) geven weliswaar enkele mogelijke methodieken aan: TeamSTEPPS om teamwerk te verbeteren, SBAR om communicatie te standaardiseren, en Appreciative Inquiry om bestaande positieve werkpraktijken te belichten en verder te ontwikkelen.

Moderne Sociotechniek

Geschiedenis: De oorsprong van de Moderne Sociotechniek, of voluit: de moderne sociotechnische systeemtheorie, ligt in een onderzoek naar de Britse koolmijnen van Durham na de Tweede Wereldoorlog (Trist & Bamforth, 1951). Onderzoekers observeerden hoe nieuwe technologie, die het veel gemakkelijker moest maken kolen naar boven te halen, toch geen productiewinst opleverde. Een meer diepgravende analyse toonde dat de nieuwe machines een andere, *top-down* manier van samenwerken meebracht. Voorheen bepaalden de mijnwerkers zelf in groep hoe ze het werk zouden aanpakken. De sociotechniek startte aan een lange tocht, om in de jaren 1970 door Ulbo de Sitter in Nederland gemoderniseerd te

worden tot de *Moderne Sociotechniek*. Hij maakte er namelijk een sociologisch gegronde analyse- en ontwerptheorie van productieprocessen van, die arbeidskwaliteit en organisatieperformantie samen voorop stelt. De theorie kende al heel wat toepassingen in de zorg, ook in Vlaanderen (zie onder andere: Corvers & Van Hootegem, 2013).

Probleemanalyse: Voor de Moderne Sociotechniek is het centrale probleem in de organisatie van de zorg dat maximale arbeidsdeling vaak de premisse vormt, onafhankelijk van het type zorgvraag. Het feit dat vraag en arbeidsorganisatie niet op elkaar zijn afgestemd zorgt voor suboptimale zorgprocessen. Patiënten ondervinden geregeld lange wachttijden, krijgen te maken met veel verschillende zorgverleners en moeten bijgevolg meermaals hun verhaal opnieuw vertellen. Tegelijk hollen zorgverleners hun werk en de bijhorende administratie vaak achterna. De tijdsdruk gecombineerd met de emotionele zwaarte van het werk geeft aanleiding tot een stijgend aantal *burn-outs*.

Oplossing: De Moderne Sociotechniek schrijft een integrale benadering van productieprocessen voor (de Sitter et al., 1997). Die integrale benadering omhelst het ontwerp van een organisatie van kop tot staart. Eerst kijkt men naar de vraag: is die eenvoudig of complex? Als het antwoord meer bij de eerste categorie ligt, kan gemikt worden op standaardisering en schaalgrootte. Qua arbeidsorganisatie betekent dat: maximale arbeidsdeling en hiërarchische coördinatie. De aard van de vraag maakt dat het productieproces zelf in ruime mate voorspelbaar is. Er zijn weinig afwijkingen in het productieproces te verwachten, wat weinig regel nood impliceert. Als het antwoord meer bij de tweede categorie ligt, is het aangewezen de productie vraaggestuurd te organiseren. Dat vereist productie op maat en snel overleg. Minimale arbeidsdeling en decentrale coördinatie zijn dan het meest geschikt.

Maar de Moderne Sociotechniek heeft niet enkel aandacht voor de performantie van de zorgprocessen. Ook de kwaliteit van arbeid van de zorgverstrekkers en werknemers in de zorgprocessen wordt volgens de Moderne Sociotechniek in sterke mate bepaald door de arbeidsorganisatie. Maximale arbeidsdeling levert een beperkt takenpakket op en, bijgevolg, smalle arbeidsplaatsen. De Moderne Sociotechniek stelt dat met name de combinatie van smalle arbeidsplaatsen met hiërarchische coördinatie een lage arbeidskwaliteit oplevert voor de betrokkene, hetgeen zich uit in een verhoogd risico op *burn-out* en een lage betrokkenheid. Innovatief werkgedrag maakt zelden deel uit van een smalle arbeidsplaats. Een brede arbeidsplaats vereist een *match* tussen een compleet, veeleisend takenpakket en voldoende zeggenschap over datzelfde takenpakket en het zorgproces als geheel, in samenspraak met de andere leden van het team. Een brede arbeidsplaats zorgt voor een hogere betrokkenheid en nodigt uit om innovatief te werken. De Moderne Sociotechniek bepleit minimale arbeidsdeling en decentrale coördinatie daarom ook in functie van een hoge arbeidskwaliteit.

Arbeidsorganisatie: De Moderne Sociotechniek benadrukt het belang van arbeidsorganisatie, en geeft een duidelijk kader mee om arbeidsdeling en coördinatie te verbinden met performantie en arbeidskwaliteit. Het organisatiemodel stelt bovendien een integraal (her)ontwerp van productieprocessen centraal. Een integrale benadering van de arbeidsorganisatie houdt in dat de achterliggende principes en gevolgen van arbeidsdeling op elk niveau (organisatie, afdeling, team) in rekening worden gebracht.

MODERNE SOCIOTECHNIEK IN PRAKTIJK EN ONDERZOEK

Een empirische onderbouwing van de merites van de Moderne Sociotechniek wordt vooral geleverd via studies in industriële, maar ook in dienstensectoren (voor een overzicht, zie: Haak 1994; Van Kollenburg, 2003). In de zorg is er tot hiertoe vooral sprake van theoretische verhalen (Christis, 2011b), exemplarische bewijsvoering (Benders & Missiaen, 2013; Corvers & Van Hootegeem, 2014), en in beperkte mate van interventie-onderzoek (Almekinders, 2006). Daarom is er nood aan meer en internationaal onderzoek om de effectiviteit van de theorie te staven.

De Moderne Sociotechniek maakt zich sterk op basis van een analyse van van arbeidsdeling en coördinatie voorspellingen te kunnen doen met betrekking tot performantie (bijvoorbeeld zorgkwaliteit) en arbeidskwaliteit. De Moderne Sociotechniek heeft een uitgebreide conceptueel kader ontwikkeld om te kunnen spreken over arbeidsdeling, coördinatie en hun gevolgen voor performantie en arbeidskwaliteit. Complementair daaraan voorziet de Moderne Sociotechniek ook universeel toepasbare ontwerpprincipes (de Sitter et al., 1997). In Nederland en Vlaanderen zijn succesverhalen bekend van zorgorganisaties die in zekere mate sociotechnisch werken, zoals thuiszorgorganisatie Buurtzorg (Christis, 2009). Ook op internationaal niveau zijn er voorbeelden die sociotechnisch te werk gaan (Lawrence, 2002; Pollock, 2008; Durlinger, 2011).

Het meest uitgebreide sociotechnische onderzoek in de zorg wordt verricht door Almekinders (2006). Hij onderzoekt een thuiszorgorganisatie die eerst op basis van maximale arbeidsdeling werkte, maar later teams invoert die op sociotechnische leest geschoeid zijn. De vergelijking tussen beide situaties leert dat zorgkwaliteit, efficiëntie, patiënttevredenheid en arbeidskwaliteit stijgen. Het absentisme daalt. De studies van Lawrence (2002), Pollock (2008) en Durlinger (2011) tonen soortgelijke verbanden bij drie andere organisaties: een migrainecentrum, een oncologiecentrum en een ziekenhuis (zie voor een bespreking: Christis, 2011b).

Een vlotte toepassing van de Moderne Sociotechniek wordt mogelijk gehinderd door het feit dat de Moderne Sociotechniek in de eerste plaats een ontwerptheorie is. De bijpassende verandertheorie is nog volop in ontwikkeling (Fruytier, 2011). We zien bovendien dat de toepassing van het sociotechnische organisatiemodel in de praktijk vaak niet volledig in lijn is met de theorie. Daardoor valt uit een evaluatie van de resultaten van die toepassingen weinig te leren over de validiteit van de Moderne Sociotechniek als organisatiebenadering (Van Hootegeem, 2000).

Tot slot maakt de internationale onbekendheid van het organisatiemodel dat toepassings- en onderzoeksgebied voorlopig voornamelijk beperkt zijn tot Nederland en Vlaanderen.

2.3 Probleemanalyses en oplossingen vergeleken

Bovenstaande paragrafen geven een systematische bespreking van de probleemanalyse en oplossing van elk organisatiemodel apart. Deze paragraaf beoogt een vergelijking tussen de vier organisatiemodellen. In de eerste plaats bekijken we hoe de verschillende probleemanalyses elkaar aanvullen. In de tweede plaats evalueren we hoe de oplossingen van de organisatiemodellen verschillen. Tot slot bekijken we in welke mate de oplossingen van de vier organisatiemodellen elkaar kunnen aanvullen.

Probleemanalyse: maximale arbeidsdeling slaat kloven

De kern van de vier probleemanalyses is op het vlak van arbeidsorganisatie dezelfde: maximale of een sterk doorgedreven arbeidsdeling zorgt voor grote coördinatieproblemen in de zorg. Maximale of doorgedreven arbeidsdeling leidt tot zorgverleners die te zeer losgekoppeld zijn van elkaar. Ze kennen elkaars takenpakket en positie niet, werken niet echt samen als een team en worden apart aangestuurd door de oversten van hun afzonderlijke afdelingen.

Klinische Zorgpaden, Lean, Relationele Coördinatie en de Moderne Sociotechniek benadrukken daarbij elk de negatieve gevolgen voor onderlinge communicatie. Lean en de Moderne Sociotechniek het accent op de negatieve gevolgen voor het zorgproces: afstemming vraagt meer tijd bij maximale en doorgedreven arbeidsdeling. Relationele Coördinatie richt zich op de kwaliteit van de communicatie zelf. Ook bij minimale arbeidsdeling duiken problemen op, stelt het Hoffer Gittell. Zorgverleners uit verschillende disciplines, teams en organisaties zijn opgeleid in een andere taal, met name die van hun discipline, team en organisatie. Een verschuiving naar minimale arbeidsdeling verandert dat niet van het ene moment op het andere.

Lean en de Moderne Sociotechniek geven tot slot nog aandacht aan de negatieve gevolgen van maximale en doorgedreven arbeidsdeling voor arbeidskwaliteit. Een gefragmenteerd zorgproces met smalle arbeidsplaatsen en centrale coördinatie leidt al snel tot eenzijdige jobs zonder beslissingsbevoegdheid over wat er gebeurt *in* die job, laat staan over wat er gebeurt in het bredere zorgproces.

Klinische Zorgpaden tekenen de lijn

De probleemanalyse van Klinische Zorgpaden legt het accent op fragmentatie, een gebrek aan systematische communicatie en een aanbodgestuurde zorg. De oplossing ligt in het verbinden van kritieke punten, hier geconceptualiseerd als arbeidsplaatsen. In principe betekent die oplossing het uitwerken van een arbeidsorganisatie die klinische zorgprocessen als centrale assen neemt. Elk proces kan vertaald worden in een Klinisch Zorgpad. Door het zorgproces als uitgangspunt te nemen benadert het organisatiemodel de insteek van Lean en de Moderne Sociotechniek.

Een hoog volume en een sterke mate van voorspelbaarheid zouden nodig zijn om een Klinisch Zorgpad te realiseren. Enerzijds betekent het vooropstellen van voorwaarden dat nagedacht wordt over de vraag 'wanneer is deze of gene vorm van arbeidsorganisatie noodzakelijk?'. Anderzijds toont de Moderne Sociotechniek dat voornoemde voorwaarden eerder de mogelijkheid van maximale arbeidsdeling inhouden (tenminste, wanneer je arbeidskwaliteit buiten beschouwing laat). Wanneer de vraag groot en voorspelbaar is, kan op schaalvergroting ingezet worden. Ook Lean schrijft enkel minimale arbeidsdeling voor wanneer er nood is aan flexibiliteit en kleinschaligheid.

De focus van Lean op het elimineren van niet-waarde toevoegende activiteiten kan helpen bij de inrichting van Klinische Zorgpaden. Het verwijderen van overbodige activiteiten leidt tot een overzichtelijker, makkelijker te coördineren Klinisch Zorgpad. Net zoals Lean legt Klinische Zorgpaden de nadruk op het installeren van duidelijk omschreven verantwoordelijken en voorgeschreven acties, standaarden en routines, waar in bepaalde gevallen weliswaar van af te wijken valt. Lean geeft bovendien aandacht aan de nood aan continue kwaliteitszorg, om ervoor te zorgen dat de vastgelegde acties, standaarden en routines aan alle kwaliteitseisen voldoen. De Moderne Sociotechniek waarschuwt echter voor te sterke, centraal opgelegde standaardisering. Centraal opgelegde standaarden beantwoorden mogelijk niet aan de decentrale noden in een arbeidsorganisatie. Een sterke standaardisering leidt al gauw tot smalle arbeidsplaatsen met weinig zeggenschap, wat de arbeidskwaliteit niet ten goede komt. In tegendeel, arbeidsplaatsen omvatten naast zeggenschap over het eigen takenpakket idealiter ook inspraak in hoe het gehele zorgproces geregeld wordt. Volgens Lean en de Moderne Sociotechniek verhoogt een sterke betrokkenheid de arbeidskwaliteit.

Verder valt op te merken dat in de praktijk Klinische Zorgpaden vaak niet voldoen aan het theoretische ideaalbeeld (van Vliet, 2012; Vissers & van Vliet, 2012). Vaak worden er wel een of meerdere Klinische Zorgpaden ingericht, maar fungeren die niet als centrale assen om de organisatie rond op te bouwen. De rest van de organisatie blijft vaak onveranderd, en dat betekent meestal dat ze gekenmerkt blijft door doorgedreven arbeidsdeling. Er ontstaat dan

een organisatie met een grotendeels maximale arbeidsdeling, waarin een aantal arbeidsplaatsen in een of meerdere Klinische Zorgpaden gebundeld worden, hetgeen in beperkte mate de mate van arbeidsdeling vermindert. Vaak is het zelfs niet duidelijk of het louter om een formele bundeling van arbeidsplaatsen in een administratieve procedure gaat, dan wel dat er de betrokken personen ook echt als een (virtueel) team gaan samenwerken. Als dat laatste niet het geval is, valt er bezwaarlijk te spreken over een vermindering van de mate van arbeidsdeling.

De inzichten van Relationele Coördinatie kunnen tot slot gebruikt worden om de kwaliteit van communicatie te verhogen. Relationele Coördinatie benadrukt dat wijzigingen in arbeidsdeling op zich niet voldoende zijn om de kwaliteit van de communicatie tussen zorgverleners te verhogen. Niettemin lijken de *high performance work practices* die Relationele Coördinatie propageert toch eerder in de richting van een beperking van de mate van arbeidsdeling te wijzen. Onder de voorgestelde werkpraktijken vinden we trouwens Klinische Zorgpaden terug. Relationele Coördinatie lijkt Klinische Zorgpaden voornamelijk als een louter protocollair document te beschouwen zonder verdere ingrepen in de arbeidsdeling zelf. Ook in de praktijk blijkt die verenging van Klinisch Zorgpad tot doorverwijzingsinstrument wel vaker voor te komen (zie kadertekst: 'Klinische Zorgpaden in praktijk en onderzoek').

Lean trekt de lijn strakker

Lean schuift een organisatiemodel naar voren dat beantwoordt aan een vraag die flexibel en kleinschalig is. Het probleem is dat organisaties gericht op maximale arbeidsdeling daar niet mee om kunnen. De kerninzichten van de Klinische Zorgpaden en de Moderne Sociotechniek worden gedeeld: het zorgproces moet als uitgangspunt genomen worden voor de opbouw van de gehele organisatie.

Binnen het zorgproces streeft men bovendien het schrappen van niet-waarde toevoegende activiteiten na. Zo trekt Lean het Klinische zorgpad, dat in feite in de Lean-methodiek vervat zit als *flow*, als het ware strakker. Regelnood minimaliseren is het doel, ook via standaarden en routines. De inzichten en hulpmiddelen van Relationele Coördinatie als organisatiemodel kunnen wederom ingezet worden om de kwaliteit van sociale relaties binnen het zorgproces te verhogen.

Christis (2011a) stelt dat Moderne Sociotechniek en Lean dezelfde praktijk nastreven, maar dat Lean een theoretische onderbouwing ontbeert. Exact op dat punt kan de Moderne Sociotechniek bijspringen. De Sitter (2000) formuleert een sterk gefundeerde theorie voor het arbeidsorganisatorisch ontwerp van organisaties.

Tot slot blijkt dat arbeidskwaliteit niet altijd meetelt bij het *Lean* hertekenen van een productieproces. Wanneer Lean enkel ingezet wordt als bezuinigingsprogramma, of om processen te herontwerpen in functie van efficiëntieverhoging, zonder oog voor het menselijke aspect van het werk, spreekt men wel eens over *Lean & Mean* (Roupppe van der Voort & Benders, 2014).

Relationele Coördinatie verbetert (enkel?) de coördinatie

Relationele Coördinatie start van dezelfde premisse als de andere drie organisatiemodellen: maximale arbeidsdeling veroorzaakt grote coördinatieproblemen. En zelfs bij minimale arbeidsdeling blijkt de coördinatie vaak mis te lopen. Volgens Relationele Coördinatie lukt het enkel door te investeren in kwalitatieve communicatie om de coördinatieproblemen meester te worden.

Met betrekking tot de overeenkomst tussen probleemanalyse en vooropgestelde oplossing valt het op dat Relationele Coördinatie de maximale arbeidsdeling zelf niet aanpakt, ook niet wanneer dit volgens de Klinische Zorgpaden, Lean en de Moderne Sociotechniek nodig is.

Om Relationele Coördinatie te bekomen en de negatieve effecten van maximale arbeidsdeling te bestrijden, zet men in op interventies die slechts in beperkte mate aan de arbeidsdeling raken. Het taak-overschrijdend uitbreiden van protocollen en jobbeschrijvingen zorgt voor beperkte veranderingen in de arbeidsdeling, maar enkel op het niveau van de individuele arbeidsplaats of eventueel van het team met de focus op de liaisonfunctie tussen teams en het multidisciplinair rekruteren, conflicten oplossen, vergaderen en belonen. Het hogere niveau van de afdeling en de organisatie als geheel blijft buiten schot. De installatie van een Klinisch Zorgpad als protocol verandert ook niets aan de arbeidsdeling, maar kan op zich wel coördinatie helpen verbeteren door afspraken te verduidelijken, en door standaarden en routines vast te leggen. In het beste geval ontstaat opnieuw een organisatie zoals bij de onvolledige realisatie van het ideaal van Klinische Zorgpaden: de arbeidsplaatsen in een bepaald zorgproces komen wel wat dichterbij elkaar, maar de organisatie blijft gekenmerkt door sterk doorgedreven arbeidsdeling. Het zorgproces vormt met andere woorden niet de centrale as van de organisatie.

Terwijl Relationele Coördinatie het probleem van mank lopende coördinatie probeert aan te pakken, lijkt het niet hetzelfde kernidee als Klinische Zorgpaden, Lean en de Moderne Sociotechniek te hebben om rond het zorgproces als centrale as te organiseren wanneer de vraag dat vereist. De probleemanalyse dat coördinatieproblemen blijven bestaan bij minimale arbeidsdeling zou volgens de Moderne Sociotechniek toegeschreven kunnen worden aan het ontbreken van een integraal ontwerp. Het inzetten van interventies op het vlak van kwaliteit van de communicatie, zonder een fundamentele analyse van de arbeidsdeling op alle niveaus, maakt een organisatie potentieel nog complexer, met meer regelmoed en meer potentiële communicatiefouten.

Moderne Sociotechniek toont dat de lijn niet op zichzelf gezien mag worden

De probleemanalyse van de Moderne Sociotechniek start met de incongruentie tussen de (zorg)vraag en arbeidsdeling. Een sterk doorgedreven arbeidsdeling is kenmerkend voor veel zorgorganisaties. Maximale arbeidsdeling mikt op schaalgrootte en standaardisering, maar dat is niet altijd de passende keuze. Ze is minder geschikt om vraaggestuurd te werken en om met complexiteit om te gaan. Minimale arbeidsdeling komt dan beter van pas. De kernidee van Klinische Zorgpaden, Lean en de Moderne Sociotechniek is wat dat betreft sterk gelijkend. Lean en de Moderne Sociotechniek delen zelfs dezelfde ontwerpstrategie: werken aan product- of dienstomvattende departementen, multidisciplinaire teams en brede arbeidsplaatsen (Christis, 2011a).

Klinische Zorgpaden en Lean tonen dan weer het belang van verantwoordelijkheden en voorgeschreven acties, standaarden en routines. Inzetten op Relationele Coördinatie kan helpen om de communicatie te verbeteren bij decentralisering in het kader van een sociotechnische interventie. Ook in organisaties met maximale arbeidsdeling en hiërarchische coördinatie die gezien de simpele vraag die ze beantwoorden op schaalgrootte kunnen mikken, is Relationele Coördinatie van belang – nadat er eerst zoveel mogelijk regelmoed geëlimineerd is door standaardisatie.

Een integrale analyse en herontwerp vormen nog geen garantie op een succesvolle organisatieverandering. Ook voor de Moderne Sociotechniek geldt dat het plukken van de beloofde vruchten enkel kan na het integraal invoeren van het vooropgestelde ontwerp. Wanneer dit ontwerp niet integraal wordt doorgevoerd, riskeer je in het beste geval tot een partiële oplossing te komen, waarin de organisatie niet geheel ontworpen wordt in functie van het zorgproces als centrale as.

In het slechtste geval komen oude en nieuwe vormen van arbeidsdeling na reorganisatie met elkaar in conflict en eindig je met een minder performante organisatie. In de praktijk merken we dat een organisatie vaak als het ware verknocht is aan haar oude arbeidsdeling en

coördinatiemechanismen, waarvan ze moeilijk afscheid kan nemen (Van Hootegeem, 2000). In de uitvoering van een herontwerp moet daarom voldoende aandacht geschonken worden aan veranderingsmanagement (Fruytier, 2011). Ook daar kan Relationele Coördinatie van pas komen. Om iedereen binnen een organisatie op elkaar af te stemmen, moet men een dialoog aangaan en dus op zijn minst deels een gemeenschappelijke taal leren spreken. Enkel zo kunnen veranderproces en –uitkomst gezamenlijk gedefinieerd worden.

Samengevat

De vier organisatiemodellen hebben elk een andere focus met betrekking tot de oplossing die ze formuleren, waarin ze verschillende kernelementen benadrukken. Op die punten kunnen de modellen elkaar potentieel aanvullen. Er komen zes kernelementen naar voren uit de vergelijking van de oplossingen van de organisatiemodellen (zie Tabel 1): het zorgproces als centrale as, standaarden en routines, continue kwaliteitsverbetering, aandacht voor arbeidskwaliteit, interventies gericht op communicatieverbetering, en een integrale benadering.

(1) Gemeenschappelijk aan de Klinische Zorgpaden, Lean en de Moderne Sociotechniek is dat ze het zorgproces als centrale as nemen. Relationele Coördinatie vormt hier een uitzondering. (2) De Klinische Zorgpaden en Lean leggen de nadruk op het belang van standaarden en routines. Relationele Coördinatie sluit hier bij aan door het belang van het Klinisch Zorgpad als protocollair document te benadrukken. Tegelijkertijd waarschuwt de Moderne Sociotechniek voor centraal opgelegde standaarden en routines. (3) Verder hechten Lean en de Moderne Sociotechniek expliciet belang aan continue kwaliteitsverbetering. Voor beide maakt het deel uit van het takenpakket van alle betrokken werknemers. (4) Lean en de Moderne Sociotechniek schenken ook aandacht aan het aspect van de arbeidskwaliteit. De arbeidsorganisatie kan zodanig ingericht worden dat ze hoogkwalitatieve arbeidsplaatsen oplevert. (5) Relationele Coördinatie onderscheidt zich door de focus op communicatieproblemen en op oplossingen die zuiver op die communicatieproblemen gericht zijn. De andere drie organisatiemodellen pakken die communicatieproblemen ook wel aan, maar eerder als beoogd gevolg van een interventie in de arbeidsorganisatie. (6) De Moderne Sociotechniek benadrukt tot slot als enige het belang van een integrale benadering. Zo waarschuwt de Moderne Sociotechniek voor partiële ingrepen, zoals interventies die zich beperken tot een bepaald niveau van de arbeidsorganisatie tot een bepaald zorgproces, of tot een bepaald aspect (zoals communicatieverbetering), zonder de organisatie als geheel mee te nemen in analyse en herontwerp.

Tabel 1. Aanwezigheid kernelementen in de verschillende organisatiemodellen

Organisatiemodellen	Klinische Zorgpaden	Lean	Relationele Coördinatie	Moderne Sociotechniek
Kernelementen				
1. Zorgproces als centrale as	X	X		X
2. Standaarden en routines	X	X	X	
3. Continue kwaliteitsverbetering		X		X
4. Aandacht arbeidskwaliteit		X		X
5. Interventies louter gericht op communicatieverbetering			X	
6. Integrale benadering				X

X = aanwezigheid kernelement

Discussie

Dit rapport toont ten eerste het belang van arbeidsorganisatie voor geïntegreerde zorg. Zoals het regenboogmodel van Valentijn echter toont, bestaat geïntegreerde zorg uit meer dan professionele integratie. De andere dimensies van het regenboogmodel mogen niet veronachtzaamd worden, integendeel. Het is duidelijk dat juridische en financiële regelgeving impact hebben op de mogelijkheden om zorg arbeidsorganisatorisch vorm te geven. Koninklijk Besluit 78 legt taakbevoegdheden vast, de Gecoördineerde Wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen spreekt zich uit over de arbeidsorganisatorische mogelijkheden om bepaalde zorgorganisaties te structureren, betalingen van bepaalde prestaties en vormen van samenwerkingen geven *incentives* om vooral aan die activiteiten aandacht te besteden. Daarom is er de noodzaak om geïntegreerde zorg zelf vooral niet partieel te benaderen. Bewustzijn van elke mogelijke dimensie van geïntegreerde zorg is natuurlijk belangrijk, zoals het regenboogmodel toont. Maar in de praktijk moet de samenhang tussen de verschillende dimensies centraal staan.

In de tweede plaats focust het rapport op de professionele dimensie van geïntegreerde zorg. Hoewel heel wat zorgorganisaties experimenteren met multidisciplinair teamwerk, blijven de functionele afdelingen toch vaak de gesegregeerde uitvalsbasis voor zorgverleners van verschillende disciplines (Deneckere et al., 2012). De kloof in het vaak gerefereerde “*Crossing the Quality Chasm*” van *The Institute of Medicine* (2001) is die tussen de kwaliteit van zorg nu, en de kwaliteit van zorg zoals we zouden willen dat hij is: zorg die tegemoet aan alle noden, en zorg die gebaseerd is op de beste beschikbare wetenschappelijke kennis. Die kloof lijkt in standgehouden te worden in de vorm van georganiseerde kloven tussen zorgverleners van verschillende disciplines. Daarom focust dit rapport op de implicaties van verschillende organisatiemodellen voor de arbeidsorganisatie binnen zorgorganisaties.

De vergelijking tussen de vier organisatiemodellen toont ten eerste dat elk model specifieke elementen aanbiedt, die elkaar mogelijk aanvullen. Dat wijst op een zekere complementariteit tussen de vier organisatiemodellen. Niettemin zijn er ook belangrijke verschillen. Daarom willen we waarschuwen voor het ondoordacht bij elkaar sprokkelen van elementen uit verschillende organisatiemodellen. De probleemanalyse van maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling in de zorg kent in elk geval een breed draagvlak. De Moderne Sociotechniek lijkt het best geëquipeerd om arbeidsdeling en coördinatievraagstukken op een integrale wijze te benaderen. Op het vlak van standaarden en routines kan de Moderne Sociotechniek weliswaar aangevuld worden met inzichten uit de Klinische Zorgpaden, Lean en Relationele Coördinatie. Voor communicatievraagstukken kunnen we bij Relationele Coördinatie terecht. Het belang van communicatie in de klinische praktijk kan niet onderschat worden. Maar ook met betrekking tot arbeidsorganisatorische vraagstukken is een goede wederzijdse communicatie een noodzakelijke voorwaarde om tot een oplossing te komen.

Dit rapport gaat tot slot over de wijze waarop individuele organisaties zich intern kunnen organiseren om een meer geïntegreerde zorg mogelijk te maken. Maar het spreekt voor zich dat de uitdagingen in de zorgsector individuele zorgorganisaties overstijgen. Zeker in het geval van chronische zorg passeert een zorgproces via meerdere zelfstandige zorgverleners en zorgorganisaties. De kloven veroorzaakt door maximale arbeidsdeling *binnen* organisaties worden gereflecteerd door de kloven *tussen* die zelfstandige zorgverleners en zorgorganisaties. Ook de interorganisatorische zorgprocessen worden gekenmerkt door een hoge mate van arbeidsdeling, resulterend in fragmentatie. Maar die kloven lopen niet enkel volgens disciplinaire specialisaties. Ziektebeelden, zorglijnen en zorgregio's geven mee vorm aan de geïnstitutionaliseerde fragmentatie. Bij chronische co-morbiditeit stijgt het aantal sprongen die nodig zijn om de kloven te overbruggen exponentieel. Het

arbeidsorganisatorische vraagstuk is evenzeer van toepassing op het interorganisatieel niveau.

Het is niet het doel van dit rapport om dat interorganisatieel niveau te behandelen, maar het is interessant om te zien dat elk van de besproken organisatiemodellen zich er ook over uitspreekt. Er is sprake van transmurale zorgpaden (Sermeus et al., 2009), *Lean supply chains* (Aronsson et al., 2011), interorganisatiele Relationele Coördinatie (Hoffer Gittell, 2004), en de Moderne Sociotechniek op netwerkniveau (Dessers et al., 2015). Onderzoek wijst wel uit dat organisaties, gekenmerkt door maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling en hiërarchische coördinatie, moeilijkheden hebben om interorganisatieel samen te werken. Enkel als het interorganisatiele proces volledig gestandaardiseerd is en er dus nog maar weinig regel nood bestaat, is dat niet het geval (Dessers, 2012). Directe samenwerking in het organisatiele proces zonder hiërarchische coördinatie, daarentegen, werkt wel (Maenen, 2010).

Conclusie

In dit rapport worden de implicaties van vier verschillende organisatiemodellen beschouwd met betrekking tot arbeidsorganisatie in de zorg: Klinische Zorgpaden, Lean, Relationale Coördinatie en Moderne Sociotechniek. Verschillen in arbeidsorganisatie hebben namelijk gevolgen voor wat professionele geïntegreerde zorg concreet inhoudt binnen een organisatie. De probleemanalyse en de oplossing van elk organisatie-model wordt besproken, en er wordt nagegaan in welke mate de vier modellen complementair kunnen toegepast worden.

De vergelijking van de organisatiemodellen toont dat de probleemanalyse van maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling in de zorg een breed draagvlak heeft. De kern van elke probleemanalyse is aandacht voor maximale of sterk doorgedreven arbeidsdeling en haar negatieve gevolgen. De oplossingen van de organisatiemodellen verschillen, maar een voorkeur voor minimale arbeidsdeling schemert door.

Tot slot vinden we het belangrijk om nog eens te benadrukken dat een werkelijk integrale benadering vertrekt van een holistisch begrip van de zorgnoden van de patiënt. Enkel op basis van een integrale benadering kan het (her)ontwerp van zorgprocessen in functie van een meer geïntegreerde zorg vorm krijgen, zowel binnen individuele zorgorganisaties als in netwerken van zorgorganisaties en zelfstandige zorgverstrekkers.

Literatuur

Geïntegreerde zorg

- Bewerick, D.M. (2009). What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), pp. w555-w565.
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), pp. 573-576.
- Department of Health (2005). Supporting people with long term conditions. An NHS and social care model to support local innovation and integration. London: Department of Health.
- Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academic Press.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), p. e21.
- Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2002). Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues. World Health Organization, Copenhagen, EUR/02/5037864.
- Hart, T.D.J. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), pp. 405-412.
- Kodner, D.L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(4), pp. 1-6.
- Leutz, W.N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77(1), pp. 77-110.
- Nolte, E., & Pitchforth, E. (201). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *The Lancet*, 380, pp. 7-9.
- Sorbe, S. (2013). Belgium: Enhancing the Cost Efficiency and Flexibility of the Health Sector to Adjust to Population Ageing. OECD Economics Department Working Papers, 1066, OECD Publishing. [01.08.2014: <http://dx.doi.org/10.1787/5k44ssnfdnr7-en>]
- Valentijn, P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(Jan-Ma), online.
- Van den Heuvel, B. (red.) (2014). Netwerkgzorg. Nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag. Leuven: ACCO.

Klinische Zorgpaden

- Deneckere, S., Euwema, M., Van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2012). Care pathways lead to better teamwork: results of a systematic review. *Social Science & Medicine*, 75(6), pp. 986-989.
- Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways. A cluster randomized controlled trial. *Medical Care*, 51(1), pp. 99-107.
- European Pathway Association (x). About EPA. [01.04.2016, <http://e-p-a.org/about-epa/>].
- Leigheb, F., Vanhaecht, K., Sermeus, W., Lodewijckx, C., Deneckere, S., Boonen, S., Boto, P.A., Mendes, R.V., & Panella, M. (2013). The effect of care pathways for hip fractures: a systematic overview of secondary studies. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 23(7), pp. 737-745.
- Netwerk Klinische Paden (15.01.2016). Home. [01.04.2016, <https://nkp.be/index>].

- Segal, O., Bellemans, J., Van Gerven, E., Deneckere, S., Panella, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2011). Important variations in the content of care pathway documents for total knee arthroplasty may lead to quality and patient safety problems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, pp. 11-15.
- Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2002). Wat zijn Klinische Zorgpaden? *Acta Hospitalia*, 42(3), pp. 5-11.
- Sermeus, W., Vleugels, A., Vanhaecht, K., Alewaters, H., Glorieux, A., Van Gerven, E., Heyrman, J., Aertgeerts, B., De Lepeleire, J., & Peers, J. (2009). Onderzoek naar de toekomst van transmurale zorgpaden binnen Vlaanderen. Leuven: Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap.
- Vanhaecht, K. (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Leuven: ACCO.
- Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2002). Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een Klinisch Zorgpad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Zorgpaden, *Acta Hospitalia*, 42(3), pp. 13-27.
- Van Herck, P., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Bellemans, J., Panella, M., Barbieri, A., & Sermeus, W. (2010). Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, pp. 39-49.

Lean

- Aronsson, H., Abrahamsson, M., & Spens, K. (2011). Developing Lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), pp. 176-183.
- Benders, J., Rouppe van der Voort, M., & Berden, B. (red.) (2010). *Lean denken en doen in de zorg. Acht verhalen uit de praktijken*. Den Haag: Boom Lemma.
- Brandao de Souza, L. (2009). Trends and approaches in Lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), pp. 121-139.
- Burgess, N., & Radnor, Z.J. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), pp. 220-235.
- Crampe, H. (2015). *Lean in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. Een praktisch boek boordevol instrumenten, valkuilen en toepassingen*. Brussel: Politeia.
- DelliFraine, J.L., Langabeer, J.R., & Nembhard, I.M. (2010). Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry, 10(3), pp. 211-225.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J.J., & Brehmer, P.-O. (2006). Measuring Lean initiatives in health care and services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), pp. 7-24.
- Krafcik, J.F. (1988). Triumph of the Lean production system. *Sloan Management Review*, 30(1), pp. 41-52.
- Proudlove, N., Moxham, C., & Boaden, R. (2008). Lessons for Lean in healthcare from using Six Sigma in the NHS. *Public Money & Management*, 28(1), pp. 27-34.
- Radnor, Z., & Boaden, R. (2008). Editorial: Lean in public services – panacea or paradox? *Public Money & Management*, 28(1), pp. 3-7.
- Radnor, Z.J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: the unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(1), pp. 364-371.
- Rouppe van der Voort, M., & Benders, J. (red.) (2014). *Lean in de zorg. De praktijk van continu verbeteren*. Den Haag: Boom Lemma.
- Walley, P. (2003). Designing the accident and emergency system: lessons from manufacturing. *Emergency Medicine Journal*, 20(2), pp. 126-130.
- Waring, J.J., & Bishop, S. (2010). Lean healthcare: rethoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71, pp. 1332-1340.
- Womack, J.P., & Jones, D.T. (1996). *Lean thinking. Banishing waste and create wealth in your corporation*. New York: Free Press.

- Young, T.P., & McClean, S.I. (2008). A critical look at Lean Thinking in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*, 17, pp. 382-286.

Relationele Coördinatie

- Havens, D.S., Vasey, J., Hoffer Gittel J., & Lin, W.-T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 926-937.
- Hoffer Gittel, J. (2002). Relationships between service providers and their impact on customers. *Journal of service research*, 4(4), pp. 299-311.
- Hoffer Gittel, J. (2004). Coordination networks within and across organizations: a multi-level framework. *Journal of Management Studies*, 41(1), pp. 127-153.
- Hoffer Gitell, J. (2005). *The Southwest Airlines way*. New York: McGraw-Hill.
- Hoffer Gitell, J., Weinberg, D., Pfefferle, S., & Bishop, C. (2008). Impact of relational coordination on job satisfaction and quality outcomes: a study of nursing homes. *Human Resource Management*, 18(2), pp. 154-170.
- Hoffer Gittel, J. (2009). *High performance healthcare: using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Hoffer Gitell, J. & Douglas, A. (2012). Relational bureaucracy: structuring reciprocal relationships into roles. *Academy of Management Review*, 37(4), pp. 709-733.
- Vinagre Romero, J.A., Del Llano Señaris, J., De Pablos Heredero, C., & Nuijten, M. (2014). Relational coordination and healthcare management in lung cancer. *World Journal of Clinical Cases*, 2(12), pp. 757-768.

Moderne Sociotechniek

- Almekinders, M. (2006). *Teams beter in thuiszorg? Resultaatsverbetering in thuiszorg met behulp van sociotechnische organisatievernieuwing*. Nijmegen: Universiteitspers.
- Christis, J. (2011b). Het ziekenhuis als ontwerpvraagstuk. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 65(6), pp. 112-126.
- de Sitter, L.U., den Hertog, J.F., & Dankbaar, B. (1997). From complex organizations with simple jobs to simple organizations with complex jobs. *Human Relations*, 50(5), pp. 497-534.
- de Sitter, L.U. (2000). *Synergetisch produceren. Human Resources Mobilisation in de productie: een inleiding in structuurbouw*. Assen: Van Gorcum.
- Dessers, E. (2012). *Spatial Data Infrastructures at work. Analysing the spatial enablement of public sector processes*. Leuven: Leuven University Press.
- Dessers, E., Vancauwenberghe, G., Vandenbroucke, D., Cromptvoets, J., & Van Hootegeem, G. (2015). Analysing spatial data performance in inter-organisational processes. *International Journal of Digital Earth*, 8(5), pp. 403-420.
- Durlinger, B. (2011). *Naar een ideale zorgorganisatie. Patiëntgericht en procesgestuurd*. Amsterdam: Mediawerf.
- Fruytier, B. (2011) Ulbo de Sitter en de veranderkundige dimensie van het organisatieveranderingsproces. *Tijdschrift voor Maatschappij en Organisatie*, 65(2), pp. 1-14.
- Haak, A.T. (1994). *Dutch sociotechnical design in practice. An empirical study of the concept of the whole task group*. Dissertation. University of Groningen.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), pp. 285-308.
- Lawrence, D. (2002). *From chaos to care. The promise of team-based medicine*. Cambridge: Da Capo Press.
- Maenen, S. (2010). *Organizations in the offshore movement: a comparative study on cross-border software development and maintenance projects*. Dissertation. University of Leuven.

- Pollock, R. (2008). Value-based health care. The MD Anderson experience. *Annals of Surgery*, 248(4), pp. 510-516
- Trist, E., & Bamforth, K. (1951). Some social and psychological consequences of the Longwall method of coal getting: An examination of the psychological situation and defences of a work group in relation to the social structure and technological content of the work system. *Human Relations*, 4(3), pp. 3-38.
- Van Hootegem, G. (2000). *De draaglijke traagheid van het management: tendensen in het productie- en personeelsbeleid*. Leuven: Acco.
- van Kollenburg, T. (2003). *Taakgroepen: duurzaam verbeteren? Tien jaar praktijkervaring met sociotechnisch organiseren*. Dissertation. Eindhoven University of Technology.

Klinische Zorgpaden en Lean

- van Vliet, E. (2011). *Care pathways and operations management in the organisation of ophthalmic care*. Leuven: Centre for Health Services and Nursing Research.
- Vissers, J., & van Vliet, E. (2012). Operations management and care pathways. Is there a role for Lean management? European Care Pathway Conference. Amsterdam, Nederland, 31 Mei – 1 Juni 2012.

Moderne Sociotechniek en Lean

- Christis, J. (2009). Wat is slim organiseren? Rede ter gelegenheid van de installatie van dr. Jac Christis als lector Arbeidsorganisatie en productiviteit verbonden aan het Kenniscentrum Arbeid van de Hanzehogeschool Groningen.
- Christis, J. (2011a). De Moderne Sociotechniek als theoretische onderbouw voor Lean. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 65(2), pp. 96-114.
- Corvers, B., & Van Hootegem, G. (2013). *Slimmer zorgen voor morgen. Het nieuwe organiseren in theorie en praktijk*. Leuven: ACCO.

Moderne Sociotechniek en Relationele Coördinatie

- Van Hootegem, G. (2015). Total workplace innovation. In: *Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (Red.: Pattyn & d'Hoine). Leuven: Universitaire Pers.

Moderne Sociotechniek, Lean en Klinische Zorgpaden

- Benders, J., & Missiaen, C. (2013). *Zorgvernieuwers. Betere zorg door anders organiseren. 9 praktijkverhalen*. Tiel: Lannoo.